This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON P. TAENZER IN BREMEN

REDIGIERT VON

P. G. UNNA.

ZWEIUNDZWANZIGSTER BAND.

1896.

JANUAR BIS JUNI.

MIT ACHT TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1896.

BOSTON MEDICAL
AUG 9 1897
LIBRARY.

CATALOGUED
AUG 9 1897
E. H. B.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Über die feineren Unterschiede zweier Fälle von Piedra nostras, von Trachsler 1
Polydipsie bei Syphilis, von Staub 11
Zur dermatotherapeutischen Verwendung des Adeps lanae, von Müller 13
Kommen in den blutbereitenden Organen des Menschen Plasmazellen normalerweise vor? von Hodara 53
Historische Streifzüge, von M. Cohn 70. 409. 567
Epithelialer Naevus, von Delbanco 105
Die Behandlung des Lupus mit Salicyl-Kreosot-Pflaster, von Dubreuilh und Bernard 121
Einige Bemerkungen über die Anatomie des Favus, von Mibelli 126
Zur pathologischen Anatomie der Lepra der Nervenstämme, von Kellogg 161
Kann die Primula obconica eine Urticaria oder sonstige verwandte Krankheiten hervorrufen? von Gejl und van Praag 173
Über die strukturbildende Eigenschaft verschiedener Stoffe bei ihrer Einwirkung auf kolloide Substanzen, von Liesegang 177
Das lepröse und tuberkulöse Darmgeschwür bei Lepra, von Reisner 225
Zur Syphilisfrage, von Petrini 229
Glaskanülen mit und ohne Klappen zu Irrigationen der Nase, des Ohres und der Harnwege. Einige praktische Bemerkungen über die Harnröhrenirrigationen, von Vanghetti 231
Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Acidum carbolicum liquefactum auf die gesunde Haut, von Frickenhaus 277. 338
Zur Pemphigusfrage, von Petrini di Galatz 304
Nachtrag zum Aufsatze „Über die Verwendung von Nuklein-Nährböden", von Tauffer 306
Syphilis und Malaria, von Ruge 333
Ein Fall von Duhringscher Krankheit (Dermatitis herpetiformis), von Heuss 364
Über Mastzellen (isoplastische Zellen), von Audry 393
Keratoma palmare et plantare hereditarium, von Heuss 405
Beitrag zur Pathologie der Erfrierung, von Hodara 445
Zwei Fälle von extragenitaler Initialsklerose, von Heuss 458
Elektrolyseur Santi für harte Strikturen der vorderen Harnröhre, zugleich auch Meatotom, von Santi 463
Ein Fall von Psoriasis der Nägel, von Dubreuilh 464
Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut, von Unna 497
Circinäre syphilitische Erytheme (Neurosyphilide-Unna), von Nielsen 500. 555
Behandlung des einfachen Schankers, von Audry 516

Seite

Über einige zellige Veränderungen an der Wand des aktinomykotischen Abscesses, von Audry 558
Die Pocken vor und nach Jenner, von Voigt 605
Humanisierte und animale Vaccine, von Paschen 618
Multiples Spontankeloid, von Ravogli 624
Abnorme Fälle von Alopecia, von Heuss 632

Versammlungen.

Berliner medizinische Gesellschaft 19
Gesellschaft der Charité-Ärzte in Berlin 19. 146
IX. Französischer Chirurgen-Kongreſs 20
New Yorker dermatologische Gesellschaft 22. 247
Dermatologische Vereinigung zu Berlin 143. 242. 371. 517
Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie. Originalbericht, von Wickham 73. 647
II. Kongreſs der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie . 77
Laryngologische Gesellschaft zu Berlin 147
Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr. 147
Wiener medizinischer Klub 149
Russische syphilodologische und dermatologische Gesellschaft 180. 522
Londoner dermatologische Gesellschaft 183. 245. 520
Dermatologische Gesellschaft von Groſsbritannien und Irland 185
Verein deutscher Ärzte in Prag 311
Verein St. Petersburger Ärzte 312
The Brooklyn dermatological and genito-urinary Society 313
Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur. Medizinische Sektion 519
Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest 524

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 24. 195. 420. 421
Annales des maladies des organes génito-urinaires 25. 27. 30. 252
Dermatologische Zeitschrift 82. 248. 527
The British Journal of Dermatology 85. 193. 656
Archiv für Dermatologie und Syphilis 150. 186. 414. 467. 572. 650
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 159. 192. 419
Clinica dermosifilopatica 192
Journal des Maladies cutanées et syphilitiques 196. 422
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases 198. 255
Giornale italiano delle malattie venere e della pelle 424. 472
Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten 474

Besprechungen.

Sexuale Neuropathie. Genitale Neurosen und Neuropsychosen der Männer und Frauen, von Eulenburg 31
A System of Genito-Urinary Diseases, Syphilidology and Dermatology, von A. Morrow 33
Vestre-Hospital in 1894, von Bergh 33

Seite
Bericht der vierten Abteilung des Kommunehospitals für das Jahr 1894, von Haslund ... 33
Über die Verwendung des Kreosots und seiner Derivate, von Schürmayer ... 160
Therapie der Harnkrankheiten, von Posner ... 160
Syphilis, von Cooper ... 258
Geschichte der Volksseuchen, von Lersch ... 259
Über Pagets Krankheit, von Lindt ... 259
Ätiologische Studie über die Infektion der Harnwege, von Bastianelli ... 259
Grundzüge einer allgemeinen Pathologie des Gefäßsystems, von Lukjanow ... 425
Die Arterien der menschlichen Haut, von Spalteholz ... 426
Die Geschichte der venerischen Krankheiten. II. Teil, von Proksch ... 426
Über die Beziehungen der Form und Funktion des Körperbetriebes und die neuesten Anschauungen über Blut und Blutbewegung, von Schweizer ... 428
Allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten, begründet auf pathologische Anatomie, von Philippson und Török ... 431
Topographisches über den Bacillus leprae mit Demonstration mikroskopischer Präparate, von Bergengrün ... 437
Beiträge zur Dermatologie und Syphilis, Festschrift, gewidmet Georg Lewin zur Feier seines 50jährigen Doktorjubiläums am 5. November 1895 ... 479
Allgemeine Dermatologie oder allgemeine Pathologie, Diagnose und Therapie der Hautkrankheiten in zweiundzwanzig Vorlesungen mit XV Figuren im Text und in IX Tafeln, von Ernst Kromayer ... 487
Die Brown-Séquardsche Methode (Organsaft-Therapie) und ihr therapeutischer Wert, von Buschan ... 489
Die Behandlung der Syphilis, von Mauriac ... 489
Der Syphilisbacillus, von van Niessen ... 489
Annales de l'Institut de Pathologie et de Bactériologie de Bucarest, von Babès 531
Über den Herpetismus und seine Beziehungen zu den Stoffwechselstörungen, von Condorelli ... 531
Festschrift zur Feier des 80jährigen Stiftungsfestes des ärztlichen Vereins zu Hamburg ... 532

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

Anatomisches.

Eine Methode zur Darstellung der markhaltigen Hautnerven in gehärteten Präparaten, von Heller ... 261
Über das Wachstum des Fettgewebes, von Schein ... 261
Lange Krallen und Haare als Erzeugnisse der Rückbildung durch Nichtgebrauch, von Haacke ... 261

Physiologisches.

(Vacat.)

Mikroskopisches.

Über Entfärbung des Pigments in mikroskopischen Schnitten und eine neue Untersuchungsmethode des accommodierten und nicht-accommodierten Auges, von L. Müller ... 261

Bakteriologisches.

Ein Nährboden für Bakterien, von Bleile ... 262
Der Streptococcus und das Antistreptokokken-Serum, von Marmorek ... 262
Über die Bedeutung des Micrococcus tetragenus, von Schürmayer ... 262

Hygienisches.

Seite

Einige statistische Studien über die venerischen Krankheiten in Schweden, von Kjellberg ... 263
Beiträge zur Beurteilung der Verbreitung der venerischen Krankheiten in den verschiedenen Ländern, von Bondesen ... 263
Die ökonomische Seite der Prostitution, von Hutchinson ... 263

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über Temperaturvariationen unterhalb der Norm, von Missale ... 578
Diathesische und pathogenesische Dermatosen, von Gaucher ... 578
Über die Funktionen der Nebenniere, von Cybulski ... 578
Vorlesungen über die Nebenniere, von Rolleston ... 579
Bemerkungen zu der Mitteilung von P. G. Unna „Zur Immunität des Knäueldrüsenapparates gegen Eiterkokken", von Brunner ... 579
Über einen neuen aseptischen Verschluſs von Wunden an Stelle der Wundnaht, von Schürmayer ... 579
Über eine neue Form von antiseptischer Wundbehandlung, von Schleich ... 580
Beiträge zur Transplantation nach Thiersch, von Auerbach, Jottkowitz und Schultheiss ... 580
Subepidermidale Hautincision zur Vermeidung von Narben bei Gesichts- und Halsoperationen, von Beck ... 581

Pharmakologisches.

Über die antibakterielle Wirkung der Salben mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Konstituentien auf den Desinfektionswert, von Breslauer ... 34
Zur Anwendung des Europhens, von Doermer ... 35
Über Europhen, von Blackwood ... 35
Über Europhen, von Saalfeld ... 35
Über merkurielle Albuminurie, von Heller ... 35
Zur Anwendung des Europhens, von Waugh ... 36
Gieſshübl-Sauerbrunn, seine Kurmittel und Indikation für dieselben, von Gastl . 36
Das Ichthyol bei Phlegmonen, Lymphdrüsenschwellungen, chronischen, besonders skrophulösen Abscessen und Eiterungen, von Liscia ... 36
Über einige neuere Aluminiumpräparate, von Koppel ... 36
Zur Verhütung des Jodismus bei Gebrauch von Jodkalium, von Spencer ... 37
Über den Gebrauch der Nitrite bei der Behandlung der Infektionskrankheiten, von Petrone ... 37
Über Wirkungen und Verhalten des Nosophens im Tierkörper, von Binz und Zuntz ... 38
Über Nosophen, von Seifert ... 38
Über einige experimentelle Untersuchungen über die lokale Wirkung des Salols, von Colombini ... 38
Zur Kenntnis der Somatose, von Reichmann ... 38
Über Papain, von Egbert ... 39
Zur Konservierung von Unguentum caseini, von Troplowitz ... 39
Über Airol, von Veiel ... 316
Bericht über die Anwendung von Jodoformin, von Trostorff ... 316
Beiträge zur Kosmetik, von Paschkis ... 316
Airol als Wundstreupulver, besonders zur Behandlung der verletzten Arbeiterhand, von Bachmann ... 581
Zum Gebrauch des Dermatols, von Mosolewsky ... 581
Über die Verwendung des Europhens in der venereologischen Praxis, von Kopp 581
Über die Behandlung von Tripper und Schanker mit Jodoformin, von Güntz .. 582
Die antibakteriellen Eigenschaften des Jodoforms, von Wreden ... 582
Über eine seltene Form des Jodismus, von Rosin ... 582
Ein Fall von Pyrogallolintoxikation, von Vollmar ... 583
Die Ätiologie der Abscesse an den Injektionsstellen von löslichen Quecksilberpräparaten, von Omeltschenko ... 583
Mikroskopische Beiträge zur Kenntnis der Quecksilbervergiftung, von Eckmann 584

Seite
Über merkurielle Albuminurie, von Heller. Diskussion über den Vortrag darüber 584
Zwei neue Quecksilbersalben, von G. J. Müller 585
Eine verbesserte Quecksilbersalbe, von A. Philippson 585
Das Salicylat und Thymolacetat als wirksamste Quecksilberpräparate bei der Behandlung der Syphilis, von Szadek 585
Studien über die Pharmakodynamik des Schwefels, von H. Schulz 585

II. System der Hautkrankheiten.

Angioneurosen.

Zwei Fälle von Raynaudscher Erkrankung, von Thomson 375
Vasomotorische Ödeme ohne Albuminurie, von Tshirkoff 375
Zwei Fälle von ungewöhnlichem, akutem Hautödem, von Bergmann 376
Über ein eigentümliches Antipyrin-Exanthem, von Ballin 376
Über Chinineruptionen, von Balducci 376
Exanthem nach dem Gebrauch von Extractum filicis maris aethereum, von Schmey 376
Ein Fall von Quecksilberintoxikation mit Scharlacherythem nach hochdosierter Sublimatinjektion, von Allgeyer und Sprecher 376
Fall von Urticaria, von Figueiredo 377
Ein Fall von Urticaria-Asthma infolge des Genusses von Muscheln, von Martin 377
Scharlachartiger Ausschlag bei Influenza, von Brasher 377
Mitteilungen über eine häufiger vorkommende Form von Urticaria chronica recidiva, von Schütz 377
Purpura senilis, von Unna 379
Fall von spontanen Ekchymosen der Ohren bei einer Hysterica, von Pianetta. 379
Barlowsche Krankheit und sterilisierte Milch, von von Starck 379

Entzündungen.

I. Traumatische.

Bemerkungen über den „eingewachsenen Nagel" der großen Zehe, von Bloch.. 380
Über Wundscharlach, von Brunner 380
Behandlung von Verbrennungen 380
Hautrheumatismus oder Dermitis rheumatica, von Piassetzky 381

II. Neurotische.

Herpes der Glans penis bei Typhus, von Webber 381
Ein Fall von bilateralem Herpes zoster im Gebiete des fünften Gehirnnerven, von Douglas 381
Bemerkungen über einen Fall von Herpes mit ungewöhnlicher Verteilung, von Drinkwater 382
Die visceralen Komplikationen des Erythema exsudativum multiforme, von Osler 382
Erythema faciei nervösen Ursprungs, von Mollière 382
Morphoea herpetiformis, von Hutchinson 382
Über Erythromelalgie oder kongestive Neurose der Extremitäten, von Glorieux 384

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Die Behandlung der Nase und des Rachens im Verlaufe akuter Exantheme, von Rice 39
Behandlung der Scarlatina 40
Masern, von Wilson 40

Seite

Über Rubeola, von Dorn ... 40
Varicella, von Cassel ... 41
Die Blatternepidemie in Bern vom Jahre 1894, von Ost ... 42
Finden sich Schutzstoffe im Blutserum von Individuen, welche Variola, bezw. Vaccine überstanden haben? von Landmann ... 42
Die Toxicität des Urins bei der Variola, von Auché und Jonchères ... 42
Bericht über die im Jahre 1894 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung, von Voigt ... 42
Sterile Impfinstrumente, von Weichhardt ... 43
Impfung mit sterilen Instrumenten, von Lindenborn ... 43
Über den Verlauf der Schutzpockenimpfung bei einer Reihe abnorm schwächlicher Säuglinge und Kinder, von Friedemann ... 43
Über Impfschäden, Impfexantheme und nach der Impfung eintretende allgemeine Erkrankungen, von Voigt ... 43
Phlyctaenosis streptogenes, ein durch Streptokokkenembolisation erzeugtes, akutes Exanthem, von Unna ... 43
Mitteilungen aus zwei Scharlachepidemien in den Jahren 1884/85 und 1894/95 in der Münchener Garnison, von Vogl ... 384
Über die Mikroorganismen im Blute von Scarlatinakranken, von Czajkowski.. 385
Scarlatinaübertragung durch einen Brief, von Grasset ... 385
Fälle von plötzlichem Tode im Verlaufe von Scarlatina, von Douglas ... 385
Über die Mikroorganismen der Masern, von Czajkowski ... 385
Fall von Ophthalmoplegia externa bilateralis mit rechtsseitiger Hemiplegia nach Masern, von Raymond ... 385
Pockenepidemien, von Lemaire ... 385
Zur Kenntnis des Variolaparasiten, von Sicherer ... 385
Klinisch-statistische Bemerkungen über die Blatternepidemie in Triest (1892—94), von de Manussi ... 386
Pocken und Impfung im Jahre 1894, von Hartill ... 386
Vaccination und Blattern in Birmingham, von Hill ... 386
Vaccination und Pocken in Walsall, von Wilson ... 386
Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1894, von Stumpf ... 387
Zur Kenntnis des Vaccineprozesses, von Sobotka ... 387
Zur Vaccineimmunität, von Beumer und Peiper ... 388
Über Vaccineimmunität, von Friedländer ... 388
Serum vaccinicum und seine Wirkungen, von Hlava und Honl ... 388
Versuche über den Nachweis von Schutzstoffen im Blutserum bei Vaccine, von Rembold ... 389
Impfung mit sterilen Instrumenten, von Waibel ... 389
Ein schwerer Fall von Varicellen, von Philipps ... 659
Varicellen in Verbindung mit einem scharlachartigen Rash, von Nissim ... 659
Varicellen mit Gangrän des Scrotums kompliziert, von Spivak ... 659
Ein Fall von Nephritis varicellosa, von Fiedeldij ... 660
Eine Beobachtung von akuter Staphylokokken-Allgemeininfektion nach Varicellen. Zur Ausscheidung der Mikrobien durch die Sekrete, von Brunner ... 660
Die Pockenepidemie in Dublin, von Stafford ... 660
Die jüngsten Pockenfälle im Krankenhause Friedrichshain, von Fürbringer ... 661
Untersuchungen über die Ätiologie der Pocken, von Bay ... 661
Die Sporozoen der Variola und Vaccinia, von Clarke ... 661
Diagnose und Prognose der Variola, von O'Carrol ... 661
Die Diagnose der Variola, von Richards ... 661
Die Behandlung der Pocken im roten Lichte, von Finsen ... 661
Über Serumtherapieversuche bei Variola mit Serum vaccinierter Rinder, von Béclère ... 661
Die Anwendung von Vaccineserum bei der Behandlung von Variola, von Eliot. 662
Variola und Vaccine, von Courrent ... 662
Pocken und Vaccination in Oldham im Jahre 1894 ... 662
Pocken und Vaccination in Bristol, von Davies ... 662
Pocken und Vaccination in Wolverhampton im Jahre 1894, von Malet ... 662
Pocken und Impfung in Manchester in den Jahren 1892—94, von Niven ... 663
Über die Unität von Variola und Vaccine, von Layet ... 663
Typische Variolis nach erfolgreicher Impfung, von Marby ... 663

Seite

Über einstige und moderne Variolisation, von Hervieux 663
Vaccination vor Jenner, von Pauli 663
Statistisches zur Wirkung des Impfgesetzes, von Kübler 663
Der Segen der Vaccination, von Steele 664
Keine Heirat ohne Vaccination 664
Beiträge zur Lehre der Vaccination, von Hainiss 664
Betrachtungen über 1400 Schutzpockenimpfungen, von Lemaire 665
Mitteilungen über die Vaccination als einen Zweig der präventiven Medizin, von Hart 665
Ein Fall von Vaccineübertragung, von Kronenberg 665
Ein Fall von zufälliger Kuhpockenerkrankung beim Menschen, von Bucknill... 666
Infektionen bei Vaccination, von Poole 666
Über die Züchtung des Vaccineerregers in dem Kornealepithel des Kaninchens, Meerschweinchens und Kalbes, von Pfeiffer 666
Über die falsche Vaccine, von Berthier 666
Über den Einfluſs des Vaccineexanthems auf die äuſserliche Lokalisation gewisser Mikrobien, von Arloing 666
Modifizierte Vaccine (Vaccinoid), von Raymond 667
Einen atypischen Fall von Vaccineexanthem, von Arloing 667
Verkannte Syphilis nach Vaccination, von Martha 667
Über Albuminurie nach der Schutzpockenimpfung, von Peiper und Schnaase. 667

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. *Lepra.*

Die Lepra vom klinischen und pathologischen Standpunkte, von Hansen und Looft 86
Die Bemerkungen über das klinische Bild und die Differential-Diagnose der Lepra, von Morrow 86
Über einen Fall von Lepra tuberosa et nervorum, von Withol 87
Über die Obduktion eines unter der Diagnose Lungenlepra früher vorgestellten Kranken, von Riehl 87
Dr. E. Ehlers' Berichte über die Leprakrankheit auf Island, von Blöndal..... 87
Bericht an das Ministerium über meine zweite Lepraexpedition nach Island, von Ehlers 87
Über Lepra, von Wassermann 264
Über die Lepra, von Lassar 264
Die Leprafrage in Indien. Bericht der Leprakommission 534
Lepra im Kap. Bericht der Kap-Lepra-Kommission 534

β. *Tuberkulose.*

Behandlung des Lupus und der Hauttuberkulosen, von Morelle 87
Zur Behandlung des Lupus, von Bönig 88
Die Radikalbehandlung des Lupus, von Caesar 88
Bemerkungen zu Herrn Prof. Köbners Aufsatz „Zur Kritik der Lupusheilung durch Kantharidin", von Saalfeld 89
Über Assoziation von Tuberkulose und Syphilis, von Polain 89
Experimentelle Untersuchungen über die chirurgische Tuberkulose, von d'Urso. 265
Drei Fälle von Inokulationstuberkulose infolge Tättowierens, von Collings und Murray 265
Ein Fall von Tuberkulose der Tonsille, von Stewart 535
Zur Lupusbehandlung mittelst lokaler Anwendung von Kreosot und die Bedeutung des letzteren in der Therapie verschiedener tuberkulöser und eiteriger Prozesse, von Serenin 535

γ. *Syphilis.*

Abwehr der Theorie vom amerikanischen Ursprung der Syphilis, von Puschmann 89
Die Eintrittspforten des syphilitischen Virus, von Dubois-Havenith 90
Über die syphilitische Infektion durch die Placenta, von Pellizzari 90

Seite

Wie der Arzt auf andere die Syphilis überträgt, und umgekehrt, wie er sich selbst syphilitisch infiziert, von Fournier ... 90
Über die venerischen Krankheiten bei den alten Israeliten, von Loebel ... 90
Über die Verbreitung der Lues in Livland, von Truhart ... 90
Harter Schanker des unteren Augenlides, von Danlos ... 91
Ein Fall von syphilitischem Schanker des Augenlides, von Hinshelwood ... 91
Über die Elimination des Syphiligiftes nach jetzigen Beobachtungen in England, von Lee ... 91
Über herpetische Schanker, von Jonathan Hutchinson ... 92
The after Marriage Chancre, von J. Hutchinson ... 92
Über die Excision des syphilitischen Initialaffektes, von Finger ... 92
Klinische Formen des syphilitischen Schankers der Mandeln, von Brousse ... 92
Galoppierende Syphilis, von Pellizzari ... 93
Schwerer Fall von Syphilis, von Ascoli ... 93
Parasyphilitische Affektionen, von Fournier ... 93
Zur Kasuistik der malignen Syphilis, von Schischa ... 93
Über Kombinationsformen nicht-syphilitischer Hautveränderungen mit syphilitischen Exanthemen, von Ehrmann ... 94
Syphilis und Schwangerschaft, von Lefour ... 94
Leukomelanodermia syphilitica (Fournier), von Gémy ... 95
Mastitis syphilitica diffusa beim Manne, von Ruanet ... 95
Syphiloderma pigmentarium, von Frattali ... 95
Langdauernde Erscheinungsformen der sekundären Syphilis, von Reanutt ... 95
Labio-glosso-laryngealparalyse syphilitischen Ursprungs, von Van Gehuchten ... 95
Über Makrocheilie, bedingt durch syphilitische Erkrankung der Lippenschleimhaut, von Thimm ... 95
Über Verwachsungen und Verengerungen im Rachen und Kehlkopf infolge von Lues, von Heymann ... 96
Beitrag zur Behandlung der flächenhaften syphilitischen Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand, von Lieven ... 96
Präparate eines Falles von akuter gelber Leberatrophie bei frischer Syphilis, von Huber ... 97
Arteriosklerotisches oder luetisches Aortenaneurysma? von Seidel ... 97
Die Größe der Milz bei der Syphilis acquisita, von Colombini ... 97
Die Syphilis der Vagina, des Uterus und seiner Adnexa, von Neumann ... 98
Zwei Fälle von Syphilis mit frühzeitigen neuropathischen Symptomen, von Mackenzie ... 99
Die syphilitische Iritis, von A. Fournier ... 99
Gehirnsyphilis, von Stieglitz ... 99
Der Einfluß der Syphilis auf die Tabes, von Cardarelli ... 100
Affektionen des Nervensystems in der Sekundärperiode der Syphilis, von Hutchinson ... 100
Über den Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse, von Sokolowsky ... 100
Zur Ätiologie der allgemeinen progressiven Paralyse, von Lagrange ... 100
Zwei Fälle von syphilitischer Induration der Corpora cavernosa penis, von Batut 101
Mediastinal-Sarkom oder Mediastinal-Lymphdrüsen-Gumma? von Seidel ... 101
Fall von voluminösem Gumma des Rachens und des Halses, von Rutten ... 101
Gummata des Corpus ciliare, von Ostwalt ... 101
Über einen Fall von einem umschriebenen gummösen, nicht ulcerierten Tumor im Kehlkopf, von Tschlenow ... 101
52 Fälle hereditärer Syphilis, von Moussons ... 102
Über die tertiäre Periode der Syphilis, von Mauriac ... 102
Behandlung der tertiären Syphilis der Nase, von Lermoyez ... 102
Eine histologische Studie über hereditär-syphilitische Exantheme, von Kettner 102
Fall von Syphilis hereditaria mit beträchtlicher Milzschwellung, von Carslaw 103
Die hereditäre Syphilis bei der paroxysmalen Hämoglobinurie, von Courtois und Suffit ... 103
Der Hutchinsonsche Symptomenkomplex, von Fournier ... 103
Über einen Fall von kongenitaler Syphilis, ausgezeichnet durch ungewöhnliche Ausbreitung und Schwere der syphilitischen Erscheinungen, von Mathewson 103
Littlesche Krankheit (Tabes congenita spasmodica) und die hereditäre Lues, von Fournier und G. de la Tourette ... 266

Seite

Über Netzhautentzündung bei angeborener Lues, von Hirschberg 266
Fall von Diplegia brachialis heredo-syphilitischen Ursprungs, von Bézy 266
Zwei Fälle infantiler allgemeiner Paralyse auf Grund von hereditärer Lues, von Régis 266
Zur Kenntnis der Motilitätsstörungen bei der hereditären Syphilis, von Reuter 266
Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie, von Petersen..... 267
Die Behandlung der hereditären Lues, von Guida 267
Syphilis hereditaria tarda, von Bäumel..... 267
Über den derzeitigen Stand der Bestrebungen einer Serumtherapie der Syphilis nebst praktischen Vorschlägen einer solchen, von Spiegler 268
Serumtherapieversuche bei Syphilis, von Gilbert und Fournier 268
Kurze therapeutische Notiz über die günstige Wirkung der Somatose bei Syphilis- und Merkurialkachexie, von Eichhoff..... 268
Die Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Kalomelöl, von Hirschberg 269
Fall von schwerer Syphilis, der erfolglos mit Hammelbluteserum behandelt ist, von Kollmann 269
Serumtherapie bei Syphilis, von Rochon 269
Die Behandlung der Syphilis und anderer Krankheiten mit immunisiertem Blutserum, von Maxwell..... 269
Über den relativen Wert einer subkutanen Sublimatinjektionskur zu anderen Quecksilberkuren, von Lewin..... 270
Über intravenöse Injektionen mit Sublimat, von Görl 270
Über die Wirkung und Verwendbarkeit der von Bacelli empfohlenen intravenösen Sublimatinjektionen, von Dinkler 270
Lues und Hydrotherapie, von Breyer..... 271
Über den Wert der intravenösen Sublimatinjektionen in der Behandlung der Syphilis, von Colombini..... 271
Über die Behandlung der Syphilis mit subkutanen Injektionen von Succinimid-Quecksilber, von Albert Herz..... 271
Zur Lokalbehandlung der Syphilis, von Raymond..... 272
Über die Schwere des Verlaufs extragenitaler Syphilis, von Fournier..... 536
Statistik der an der Abteilung für venerische und Hautkrankheiten beobachteten extragenitalen, harten Schanker, von Krzysztalowicz und Mayzel..... 536
Syphilitische Reinfektion, von Goldenberg 536
Über die durch Syphilis bedingten Blutveränderungen in Hinsicht nach ihrer diagnostischen und therapeutischen Bedeutung, von Justus 536
Über die durch Syphilis verursachten Veränderungen des Blutes, vom Standpunkte der Diagnose und Therapie betrachtet, von Falcone..... 536
Über die durch Syphilis bedingten Blutveränderungen in Hinsicht auf ihre diagnostische und therapeutische Bedeutung. Als Antwort und Abwehr, von Justus 536
Syphilitische Erkrankungen des Herzens, von Loomis..... 537
Syphilitische Endocarditis, von O. Israel..... 537
Ein Fall von Pneumonia syphilitica, von De Figueiredo 537
Syphilitische Affektionen in der Nase, von Stangenberg 538
Ein Fall von Synovitis acuta syphilitica, von Weiss..... 538
Beiträge zur Kenntnis der spezifischen Labyrinthitis (!), von Forselles 538
Labyrinthsyphilis, von M. Möller 538
Ein schwerer Fall von Hirnsyphilis, von Pic und Mousset..... 539
Der Einfluß der Syphilis auf die Tabes dorsalis, von Cardarelli 539
Saturnismus und Syphilis, von Juliano..... 539
Drei Fälle schwerer tertiärer Syphilis, von Olivari 539
Über infantile Syphilis, von Boulengier 540
Über ein bisher wenig beobachtetes Symptom der hereditären Lues, von Krisowski 540
Keratomykose (beginnende Keratomalacie) bei einem mit Lues congenita haemorrhagica behafteten Säugling, von Lirm..... 540
Hereditäre Lues und Riesenwuchs, von Th. Fuchs..... 540
Ein Fall von Kniegelenkaffektion auf Grund hereditärer Syphilis, von E. Thomson 540
Therapeutische Versuche bei Syphilis, von Jarisch 541
Beitrag zum Studium der Sublimatinjektionen in hohen Dosen (0,02—0,5) in der Syphilistherapie, von Sprecher und Allgeyer 542
Zur Syphilisbehandlung, von Saalfeld..... 542

b. *Malleus.*

(Vacat.)

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Seite

Mehrere Fälle von akuter Nephritis bei Ekzem, von Bruhns ... 202
Ekzem der Schleimhäute, von Hartzell ... 202
Hautekzeme und Augenkrankheiten, von Gergens ... 202
Über einen mit salicylsaurem Natron behandelten Fall von Eccema capitis, von Lockwood ... 203
Ein Fall von akuter, allgemeiner, exfoliativer Dermatitis (Pityriasis rubra), von Cooper und Penny ... 203
Ein Fall von akuter diffuser Ichthyosis bei einem 2¼ Jahre alten Kinde; wesentliche Besserung nach Darreichung getrockneter Schilddrüse, von Marsh ... 203
Ein sehr interessanter Fall exfoliativer Dermatitis bei einem jungen Ochsen, von Eddowes ... 204
Über Pseudo-Ichthyose, von Pittet ... 204
Über das Verhältnis von Schuppenflechte zu Gelenkerkrankungen, von Eger ... 205
Die Psoriasis und ihre Behandlung, von Bouffé ... 205
Epidermisabstoßung am ganzen Körper, von Tuppert ... 205
Behandlung der Psoriasis mit Schilddrüsensubstanz, von Thibierge ... 206
Ein Fall von Trichophytie der Kopfhaut bei einem 16½jährigen Knaben, von Tailhefer ... 206
Über den Polymorphismus beim Herpes tonsurans und speziell über eine noch nicht beschriebene klinische Form desselben, von Pellizzari ... 206
Beitrag zur Lehre von der Pityriasis rubra pilaris Devergie, von Schlömann .. 206
Tinea capitis, von Ohmann-Dumesnil ... 207
Zur Anatomie des Favus, von Wälsch ... 207
Über Leukoplakia buccalis, von Schiff ... 207
Zur Behandlung der Ekzeme mit Myrtillextrakt (Myrtillin Winterintz), von Ullmann 586
Salbe gegen das Ekzem, von Rotter ... 587
Klinische Bemerkungen über Psoriasis, von Bulkley ... 587
Über einen Fall von Impfpsoriasis, von Rioblanc ... 588
Beiträge zur Psoriasis unguium, von M. Radt ... 588
Ein Fall von alter Psoriasis, behandelt mit Thyreoidextrakt, von Preece ... 589
Über Psoriasisbehandlung, von Joseph ... 589
Thyreoidbehandlung bei Ichthyosis, von Nobbs ... 589
Ein Fall von Pityriasis rubra, behandelt mit Thyreoidtabletten, von Scatchard 589
Über Keratosis universalis multiformis (Pityriasis pilaris rubra.-Besnier, Lichen ruber acuminatus-Kaposi), von G. Lewin ... 590
Beiträge zur Histologie der Keratosis pilaris, von Giovannini ... 590
Über Favus, von Warminski ... 590
Über einen Fall von Favus des Scrotums und der anliegenden Partien der Oberschenkel, von Dubreuilh ... 590
Eine neue Behandlungsmethode des Favus mit kleinen und mittelgroßen Scutulis, von Jorfida ... 590
Klinische und anatomische Beobachtungen über die Trichophytiasis, von Giovannini ... 591
Ein Fall von primärer Trichophytie der Mundschleimhaut, von Giletti ... 591
Über „Stomatitis aphthosa" („fibrinosa", „pyogenes" und „impetiginosa"), von Jadassohn ... 591

b. der Cutis.

Der Bacillus von Ducrey und die Serienimpfungen des einfachen Schankers, von Petrini ... 208
Über die Natur des weichen Schankers, von Finger ... 208
Über das Mikrobion des Ulcus molle, von Colombini ... 209
Seltene Formen von Alopecie, von Fox ... 210
Die Behandlung der ulcerierten Bubonen mittelst Ausschabung und sofortiger Naht, von Mermet ... 210

Seite
Behandlung der Acne rosacea, von Fournier ... 210
Über Bubonenbehandlung, von Block in Hannover ... 210
Weicher Schanker der Regio supraclavicularis, von Rouanet ... 210
Die Ichthyolbehandlung des Erysipels, von Colombini ... 211
Über periodisches katameniales Erysipel, von Massalongo ... 211
Mykosis fungoides und die hämorrhagische Form derselben, von Quinquaud. 211
Ein Fall von Elephantiasis nostras, von Etienne ... 211
Über Pemphigus vegetans nebst diagnostischen Bemerkungen über die anderen mit Syphilis verwechselten, blasenbildenden Krankheiten der Schleimhäute und der äufseren Haut, von Köbner ... 212
Behandlung der Onychomykosis mit Pyrogallolsalbe, von Dubreuilh ... 212
Untersuchungen über die Ätiologie der „epizootischen Aphthen" (Maul- und Klauenseuche), von Piana und Fiorentini ... 213
Ein Fall von multiplen pseudomelanotischen Gasabscessen der Haut nach Erysipel, von Zeller und Arnold ... 213
Durch den Gebrauch von Jodkalium erworbene Immunität von Rindern gegen die Maul- und Klauenseuche, von Pick ... 213
Über Saccharomykosis hominis, von Busse ... 214
Dermatitis papillomaformis, von Tánago ... 214
Ein Fall von Wunddiphtherie mit Diphtheriebacillen bei gleichzeitigem Vorhandensein von Diphtheriebacillen im gesunden Rachen, von Schottmüller ... 215
Über Noma, von Birnbach ... 215
Experimentelle Untersuchungen über einige Fälle exotischer Trichophytie, von Courmont ... 591
Serotherapeutische Experimente gegen die Infektionen durch die pyogenen Mikroorganismen und gegen das Erysipel, von Parascandolo ... 591
Eine ungewöhnliche Form von Akne (Acne telangiectodes exulcerans), von M. Möller 592
Behandlung der Aknepusteln, von Hebra und Ullmann ... 592
Mittel gegen Akne des Gesichts, von Purdon ... 592
Über das endemische Auftreten der Biskrabeule in der Provinz Bahia, von Juliano Moreira ... 592
Ein Karbunkel mit subkutanen Injektionen von Hydrargyrum bijodatum behandelt, von Stoney ... 592
Noch ein Fall von Milzbrand, von Johansen ... 593
Über einen Fall von Milzbrandinfektion, welcher wie eine Purpura verlief, von Jaworski und Nencki ... 593
Milzbrandinfektion, klinisch Werlhofsche Krankheit vortäuschend, von Jaworski und Nencki ... 593
Abortiver Fall von Polyomyositis parenchymatosa acuta im Anschlufs an Ulcus gangraenosum penis, von Otto ... 594
Bemerkungen zur Therapie des Ulcus molle, von A. Neisser ... 594
Die Behandlung der nicht suppurierten Bubonen mit intraglandulären Injektionen von Terpentinöl, von Rondelli ... 595
Zur Ätiologie der Bubonen, von Rille ... 595
Mykosis fungoides, von Malherbe ... 596

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Über die Entstehung der Carcinome, von Notthafft ... 317
Ist Krebs erblich? von Bodilly ... 317
Ein Fall von Paraffinkrebs, von Buchanan ... 317
Ein Fall von disseminiertem Sarkom mit Hämorrhagien in die Haut, von Railton 318
Die Blastomyceten in den Sarkomen, von Roncali ... 318
Vorstellung eines Patienten mit multiplen, kutanen Sarkomen, von Haslund ... 318
Ein Rundzellensarkom der Zunge, von Dunham ... 318

II. Benigne.

Cornu cutaneum, von Denis ... 318
Ein Fall von Akromegalie mit Wernickes Differentialsymptom, von J. L. Thomas 319
Beitrag zur Lehre von den multiplen und symmetrischen Lipomen, von Payr .. 319

III. Pigmentanomalien.

Seite

Partielle chronische Melanodermie infolge von Malaria, von Moscato 319
Einige Fälle von Pigmentanomalien der Haut, von Orlandi 320
Vorlesungen über die Nebennierenkörper, von Rolleston 320
Beiträge zur Pathogenese der Vitiligo und zur Histogenese der Hautpigmentierung, von Marc 321

Idioneurosen.

Pruritus ani, erfolgreich mit Unguentum conii behandelt, von Bidie 323
Pruritus scrotalis, von Brocq 323

Sekretionsanomalien.

Beitrag zur Behandlung der Hyperhidrosis, von Heubner 324
Ein Fall von Haematidrosis im Verein mit Chromidrosis, von Dyer 324

Regressive Ernährungsstörungen.

I. Einfache.

Weitere Fälle von mit Unguentum hydrargyri rubri erfolgreich behandeltem Ulcus cruris, von Langes 320
Neue Behandlungsmethode der Varicen mit Injektionen einer Jod-Tanninlösung von Delore 320
Hämorrhoiden, von Freudenberg 321
Zur Behandlung der Hämorrhoiden und Analfissuren, von Schmey 321

II. Spezifische.

Ein Fall von Myxödem, behandelt mit Thyreoidextrakt, von Edler Walls 321
Die Morvansche Krankheit, von Castellino und Tonarelli 322
Beitrag zur Therapie des Lupus erythematodes discoïdes, von E. Vollmer 322
Thyreoidextrakt bei universeller Alopecie, von H. Mackenzie 322
Thyreoidextrakt bei universeller Alopecie, von Beevor 322
Über symmetrische Gangrän der Extremitäten (Raynaudsche Krankheit), von Castellino und Cardi 322
Ein Fall von Spontangangrän auf Grund einer Gefäßerkrankung, von Sternberg 322
Ein Fall von Hautgangrän hysterischen Ursprungs, von Veuillot 323
Zwei Fälle von Trichorrhexis capillitii, von Tánago 323

Saprophyten und Fremdkörper.

Dermatobia noxialis, von Breda 325
Über vier Fälle von Phthiriasis der Augenbrauen, von Baudoin 325
Pneumatocele cranii, von Le Dentu 325
Tättowierung, gefolgt von akutem Rheumatismus, von Williams 325

Mißbildungen.

Operative Beseitigung von Feuermälern, von Jonas 326
Naevus und Melanosis, von Hutchinson 326
Dermoidcyste der Raphe scroti, von Rosi 326
Ein Fall von sarkomatös gewordenem Naevus, von Buchanan 326
Gegen Hypertrichosis 327
Enthaarungsmittel, von Butte 327

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

Seite

Wert der chirurgischen Intervention bei Blasentumoren, von Pousson 21
Blasenreiniger, von Duchastelet 29
Ein neues Blasenphantom, von Wossidlo 159
Amputatio penis wegen Epithelioma, von Wishard 201
Perineale Drainage der Blase in hartnäckigen Fällen von Blasenentzündungen, von Legueu 254
Pathogenese der Blasenentzündungen, von Du Mesnil de Rochemont 532
Zur Differentialdiagnose der Pyelitis und Cystitis, von Schabert 543
Fall von Pyelonephritis, Dilatation der Ureteren und Cystitis bei einem fünfjährigen Kinde, von Hunter und Edington 544
Urethro-vaginaler Abceſs, von Green 545
Bakterienmembranen in der Harnröhre, von Jadassohn 574
Reaktion im Lumen der Harnröhre, von Jadassohn 574

b. Hoden und Samenblasen.

Einige Bemerkungen über Geschlechtstrieb und Sterilität mit besonderer Rücksicht auf die Therapie, von Loimann 44
Drei Fälle von somnambulistischer Masturbation, von Cabot 45
Die krankhaften Samenverluste, die Impotenz und die Sterilität des Mannes, ihre Ursachen und Behandlung, von Rohleder 45
Über Herzerkrankungen bei Masturbanten, von Bachus 45
Chirurgische Behandlung der Hydrocele, von Zancarol 46
Offenhalten der Incision bei einfacher Hydrocele, von Clendenin 46
Behandlung der chronischen Hydrocele mittelst Ausspülungen der Tunica vaginalis mit destilliertem Wasser unter vollständigem Luftabschluſs, von Riva 46
Behandlung von Impotenz durch Venenligatur, von Raymond 46
Reposition eines dislocierten Hodens, von Martin 47
Radikaloperation wegen kongenitaler Hydrocele der Tunica vaginalis testis dextri, von Morton 47
Über das Zurückbleiben der Hoden, von Walker 47
Ein Fall von Sarcoma des Testikels, von Lawrie 48
Bösartiger gemischter Tumor des Hodens, von Taylor 48
Über akute Atrophie des Hodens, von J. Hutchinson 48
Beitrag zum Studium der Ätiologie der Varikocele, von Tolmey 49
Über einen Fall von Hodentuberkulose mit Auftreten subkutaner Granulationsgeschwülste, von Wick 49
Ein Fall von Sarcoma testis, von Morton 49
Entwickelung von Knochengewebe in einem Sarkom des Samenstranges, von Maylard 49
Epididymitis, von Vaughan 50
Giebt es eine idiopathische Nebenhoden- und Hodenentzündung? von Elsenberg 215
Über die akute tuberkulöse Hoden-Nebenhodenentzündung, von Chevki 215
Die Behandlung der Orchitis, von Fournier 216
Über einen Fall von Orchitis nach Kraftanstrengung, von d'Haenens 216
Ein Schurz-Suspensorium, von Klaus 216
Ein verbessertes Suspensorium, von Manasse 217
Ein zweckmäſsiges Suspensorium, von Krantz 217
Die Läsionen der einzelnen Bestandteile des Samenstranges und ihre Folgen für die Geschlechtsdrüse, von Alessandri 217
Experimentelle Wiedervereinigung des quer durchschnittenen Vas deferens, von W. van Hook 218
Doppelseitige Kastration und vollständige Entfernung der Samenbläschen und Samenleiter wegen Tuberkulose, von Weir 218
Chronische Entzündung der Samenbläschen, von Allen 219
Über akute Spermatocystitis, von Rehfisch 219
Zellen und Krystalle im Sperma, von Moser 219
Kolik der Samenblasen, von Guépin 219

Seite
Die Spermatorrhoe und die beginnende Prostata-Hypertrophie, von Hogner.... 220
Hartnäckige Harnröhrenausflüsse durch chronische Entzündung der Samenbläschen, von Fuller.... 220
Die Resektion der Vasa deferentia als Ersatz der Kastration bei Prostatahypertrophie, von Pavone.... 222
Kastration, eine einfache leichte und schnelle Methode der Ausführung derselben, von Kane.... 276
Einpflanzung eines künstlichen Hodens nach Kastration, von Weir.... 329
Multilokuläre Lymphcyste des Samenstranges, von Erdheim.... 549

c. Prostata.

Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Manasse.... 221
Krebs der Prostata, kompliziert mit spastischer Kontraktion der Blase, von Liesching.... 221
Prostatacarcinom mit krebsiger Infiltration der linksseitigen supraklavikularen Lymphdrüsen, von Pauly.... 221
Jodkalium bei Prostatahypertrophie.... 222
Suprapubikale Prostatektomie oder Mc Gills Operation, von Robson.... 222
Abtragung des Mittellappens der Prostata bei einem 76jährigen Greise, von Cox 222
Über die Behandlung der Prostatavergrößerung durch Kastration, von Moullin 272
Kastration bei Prostatahypertrophie, von White....272. 273
Kastration gegen Prostatahypertrophie, von Swain.... 273
Die Kastration als Mittel zur Beseitigung der Prostatahypertrophie, von White 273
Die Behandlung der Prostataschwellung durch Kastration, von Moullin.... 273
Sieben Fälle von doppelter Kastration wegen Prostatahypertrophie, von Walker 274
Ein Fall von Prostatahypertrophie durch Kastration geheilt, von Lütkens.... 274
Whitesche Operation bei Prostatahypertrophie, von White.... 274
Entfernung der Hoden wegen Prostatahypertrophie, von Stretton.... 274
Beiderseitige Kastration wegen Prostatahypertrophie. Ein Protest, von Alexander 275
Die Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst Kastration, von Spencer.... 275
Betreffs der Kastration bei Prostatahypertrophie, von White.... 275
Bemerkungen über eine neue chirurgische Schwärmerei, die Kastration wegen Prostatahypertrophie, von Lydston.... 276
Über zwei Fälle von Orchotomie bei Prostatahypertrophie, von Moullin.... 327
Die Wirkungen der unilateralen Kastration auf die Prostata, von Fenwick.... 327
Beobachtungen über die Wirkungen der doppelseitigen Kastration auf die vergrößerte Prostata, von Fenwick.... 328
Eine vergrößerte Prostatadrüse 18 Tage nach der bilateralen oder vollständigen Kastration, von Griffiths.... 329

d. Ureteren, Nieren und Harn.

Über einen Fall von accessorischen Nebennieren in den beiden Samensträngen bei gleichzeitigem Konflux des Ureters und des Vas deferens der rechten Seite, von Friedland.... 217
Ein Beitrag zur Therapie der Harnretentionen, von Stark.... 220
Mittel, welche den penetranten Uringeruch bekämpfen, von Bassert.... 330
Eine neue Methode zur Untersuchung der Urinsedimente, von Polacci.... 330
Notiz zur Konservierung organisierter Harnsedimente, von Fischel.... 330
Über mikrochemische Farbenreaktionen der Harnsedimente und deren differentialdiagnostische Bedeutung, von Grosz.... 331
Die Abwesenheit von Zucker im normalen Urin mittelst einer neuen einfachen Methode nachzuweisen, von Johnson.... 332
Erfahrungen über den Wert der meist gebrauchten Proben für den Nachweis von Zucker im Harn, von Jolles.... 389
Ein neues Quecksilber-Ureometer, von Barbera.... 390
Ein volumetrisches Verfahren zur Dosierung des Eiweißes im Harne, von Pittarelli.... 390
Experimentelle und klinische Beiträge zur Pathogenese der Albuminurie, von Semmola.... 391

Seite
Über die sog. physiologische Albuminurie, von Stiernon 391
Ein Fall von cyklischer Albuminurie, von Albers-Schönberg..... 392
Beitrag zur Lehre von der artifiziellen Albuminurie, von Seelig 440
Über den Fortbestand von Eiweifs im Urin nach Heilung von akuten Nephritiden, von Bard..... 440
Bleibende Albuminurie und Glykosurie, begleitet von zahlreichen Hyalincylindern bei funktionellen Nervenkrankheiten, von Gray..... 441
Die Gegenwart von Eiweifs und Cylindern im Urin von Fufsballspielern, von Macfarlane..... 441
Über das Vorkommen von Cylindern im Harn ohne gleichzeitige Ausscheidung von Serumeiweifs, von Kossler..... 441
Über Peptonurie, von Senator..... 442
Über die Pentosurie, eine neue Anomalie des Stoffwechsels, von Salkowski.. 442
Über die Urobilinurie beim Kinde, von Giarre..... 443
Ein Fall von Hämoglobinurie paroxystica (a frigore), von Loumeau und Peytoureau..... 443
Über die erfolgreiche Behandlung der Malaria-Hämaturie ohne Chinin, von Guice 443
Über den gewöhnlichen, bei der Harninfektion wirksamen, pathogenen Bacillus (Bacterium coli commune), von Ali Krogius..... 490
Bemerkungen zu vorstehenden Arbeiten, von Nicolaier..... 490
Ein merkwürdiger Harn, von van Ledden-Hulsebosch..... 491
Filaria sanguinis hominis mit Chylurie, ein mit Methylenblau erfolgreich behandelter Fall, von Flint..... 491
Geschwänzte Protozoen in frisch gelassenem menschlichen Urin, von Dock.... 492
Über einen Fall von grünem Urin, von Garrod..... 492
Über das Cholestearin im Urin, von Glinski..... 492
Experimentelle Harnsteinbildung nach der Methode von Ebstein und Nicolaier, von Rouville..... 492
Über die Bedingungen für die Entstehung harnsaurer Sedimente, von Ritter .. 493
Bemerkungen über den Wert des Piperazins als Lösungsmittel für Harnsäuresteine im Urin, von Fawcett..... 493
Beitrag zum Studium der Piperazinwirkung, von Gordon..... 493
Die Verschiedenheit des Problems der Harnsäureauflösung bei gichtischen Ablagerungen und Konkretionen in den Harnwegen, von Mendelsohn 494
Das Urocedin Stroschein bei harnsaurer Diathese, von Holtz..... 494
Einiges über das „Urocedin Stroschein", von Langstein..... 495
Zur Therapie der harnsauren Diathese, von Mendelsohn 495
Zur Diagnose und Therapie der Uratdiathese, von Rosenfeld 495
Zum Katheterismus der Harnleiter beim Manne, von Nitze..... 495
Zum Katheterismus der Ureteren, von Casper..... 495
Beitrag zum Studium der Ausmündungsanomalien der Ureteren und zur Überpflanzung derselben auf die Blase, von Colzi..... 496
Beitrag zum Studium der Uretertumoren, von Jona..... 496
Über die parasitäre Natur der Ureteritis chronica cystica, von Pisenti..... 496
Über Ureteritis cystica, von v. Kahlden..... 542
Fall von Pyelonephritis, Dilatation der Ureteren und Cystitis bei einem fünfjährigen Kinde, von Hunter und Edington..... 543
Über die operative Behandlung von Nierensteinen, von Ranschoff..... 544
Uretero-Vaginalfisteln, von Bumm 545

e. Labien, Vagina etc.

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus, von Schneller..... 330
Uretero-Vaginalfisteln, von Bumm 545
Urethro-vaginaler Abscefs, von Green..... 545
Einige ungewöhnliche Neubildungen der Vulva, von Taylor..... 545
Ein Fall von Vulvovaginitis bacterica bei einem neugeborenen Mädchen, von Klamann 546
Vulvitis et vaginitis blennorrhoica bei einem dreijährigen Mädchen, von Klamann 546
Gangrän der Vulva, von O'Hagan..... 546
Die Aphthen am weiblichen Genitale, von Neumann 546
Über die Pathologie und Behandlung des Pruritus und anderer hyperästhetischer Zustände der Vulva und der Vagina, von More Madden 547

Seite
Pruritus und Kraurosis vulvae, von Benicke 547
Kraurosis vulvae, von Reed 548
Über Hydrocele beim Weibe, von Lapeyre 548
Fünf Fälle von Hydrocele beim Weibe, von L. G. Smith 548
Ein Fall von Hydrocele muliebris, von Liermann 549

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Verhütung der blennorrhoischen Urethralinfektion, von A. Neisser 596
Forensische Blennorrhoe-Fragen, von A. Neisser 597
Die Blennorrhoe des Weibes, von Klein 598
Was ist Blennorrhoe beim Weibe? von Lyons 599
Die Blennorrhoe beim Manne, von Guiteras 599
Über Kinderblennorrhoe, von W. Fischer 599
Die Blennorrhoea neonatorum und deren Verhütung in der Schweiz, von Heim 600
Mikroskopische Untersuchungen über den Tripper und seine Komplikationen, von Powarnine 600
Eosinophile Zellen bei Blennorrhoe, von Vorbach 601
Ein Fall von Urethritis membranacea desquamativa, von Aschner 601
Über die mit Cystenbildung verbundene Urethritis glandularis bei der Frau, von Verchère 601
Urethritis posterior und diagnostischer Wert der modifizierten Thompsonschen Probe, von Goldenberg 602
Die Urethritis posterior und ihre Komplikationen, von Ingria 602
Der Gonococcus Neisser, sein Vorkommen bei Urethritis und Bartholinitis, von K. Hasse 602
Klinische und bakteriologische Untersuchungen über den Gonococcus Neisser, von Heimann 603
Zur Biologie der Gonokokken, von Steinschneider und Schäffer 603
Beitrag zur Kultur des Gonococcus, von Hammer 603
Über die Reinzüchtung des Gonococcus in Fällen von Blennorrhoe, Ophthalmia purulenta und Pyosalpinx, von Wright 603
Subkutaner Gonokokkenabscefs am linken Ellenbogen, von Hochmann 604
Gonococcus als Ursache pyämischer Abscesse, von Bujwid 604
Trophische Störungen bei Blennorrhoe, von Jeanselme 604

Verschiedenes.

Inunctor, Salbenreiber, von Heidenhain 50
Neue Injektionsspritze, von Rosenberg 51
Ignis sacer et Sancti Antonii, von Ehlers 51
Salbenkruken mit emporschraubbaren Boden, von Conrady 51
Fall von fibröser Rektalstriktur mit Epikrisis, von Lönneberg 51
Und noch einmal die Prurigo temporanea, von Tommasoli 52
Über das Färben von Pelzen und Menschenhaar, von Erdmann 223
Über Arbeitsunfähigkeit geschlechtskranker Kassenmitglieder, von Ledermann. 223
Kasuistische Mitteilungen, von Bittner 224
Über ein Tegumentum (triangulare) perforatum, von Schreiber 224
Der XII. internationale medizinische Kongrefs vom 7.—14. August 1897 in Moskau 224
Ägypten und seine Krankheiten, von Rabitsch 444
Über die Erkrankungen der Prostituierten auf dem Jahrmarkt zu Nishny-Novgorod von Bedensky 444
Nosophen, Antinosin und Eudoxin 444
Zwei Fälle von allgemeinem Hautemphysem nach subkutaner Rippenfraktur. Punctio thoracis, von Erdheim 549
Multilokuläre Lymphcyste des Samenstranges, von Erdheim 549
Über das Verhältnis der Pachydermia laryngis zu den Leukokeratosen (Leukoplakien), von H. Zwillinger 550

Seite

Bericht über das zweite und dritte Jahr (1. November 1893 bis 31. Oktober 1895) der Poliklinik für Hautkranke an der Universität zu Königsberg, von Caspary und Bechert 550
III. Internationaler Kongrefs für Dermatologie zu London vom 4.—8. August 1896 ..... 550. 668
Über einige oberflächliche Affektionen des Lippenrots, von Jamieson 667

IV. Notizen.

(Vacat.)

V. Sachverzeichnis 669
VI. Namenverzeichnis 690

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Zu S.

Über die feineren Unterschiede zweier Fälle von Piedra nostras, von Frau Dr. Willy Trachsler (Tafel II) 1
Epithelialer Naevus, von Ernst Delbanco (Tafel II) 105
Zur pathologischen Anatomie der Lepra der Nervenstämme, von James C. Kellogg (Tafel III) 161
Das lepröse und tuberkulöse Darmgeschwür bei Lepra, von Arthur v. Reisner (Tafel IV) 225
Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Acidum carbolicum liquefactum auf die gesunde Haut, von Adalbert Frickenhaus (Tafel V) 338
Beitrag zur Pathologie der Erfrierung, von Menahem Hodara (Tafel VI u. VII) 445
Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut, von P. G. Unna (Tafel VIII) 497

4248

Monatshefte für praktische Dermatologie.

Band XXII. 1. Januar 1896.

CATALOGUED AUG 9 1897 E. H. B. No. LIBRARY.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Über die feineren Unterschiede zweier Fälle von Piedra nostras.

Von

Frau Dr. med. et phil. Willy Trachsler, Assistentin der Klinik.

(Mit Tafel I.)

Durch die Entdeckung der verschiedenen Favus- und Trichophytonarten wurde in neuerer Zeit auf die Unzulänglichkeit der rein klinischen Diagnose bei diesen Pilzkrankheiten hingewiesen. Es dürfte daher nicht ohne Interesse und Wert sein, die Ergebnisse der näheren Untersuchung einer anderen Pilzkrankheit, der Piedra, mitzuteilen, welche geeignet sind, ebenfalls den Artenreichtum der Hautpilze in ein rechtes Licht zu stellen.

Als im Jahre 1846 Osorio aus Südamerika diesen höchst interessanten Pilz beschrieb, glaubte man das Vorkommen desselben auf den Distrikt Cauca beschränken zu müssen; auch, dafs es mehr eine Affektion der langen Frauenhaare sei, da nur sehr selten die Baarthaare der Männer befallen wurden. Jetzt ist man durch die Untersuchungen von Malcolm Morris, Behrend und Unna zu anderer Ansicht gelangt, denn hiernach kommt die Piedra nicht allein in Südamerika, sondern auch in Europa und hier, im Gegensatz zur kolumbischen, an den Barthaaren der Männer vor. Es handelt sich bei dieser Piedra nostras um einen groben, sporenreichen Fadenpilz, der das Haar als mantel- oder ringförmige Scheide in unregelmäfsigen Abständen von 1—2 cm umkleidet, die, läfst man das Haar durch die Finger gleiten, als harte Knötchen zu fühlen und ohne Lupe zu sehen sind.

Die Knötchen sind heller als das Haar, auch durchscheinend, so dafs man bei schwacher Vergröfserung die Konturen des Haares durch die Umlagerung erkennt. Hierbei bemerkt man auch, dafs der Pilz nicht in das Haar hineindringt, da die Cuticula intakt ist. An keiner Stelle fand sich Spaltung oder Zersplitterung, wie solches beim Favus und Trichophyton stets gefunden wird. Hiernach ist der Pilz der Piedra als Saprophyt der menschlichen Hautoberfläche zu bezeichnen.

Da Herr Dr. Unna vor einiger Zeit durch die Güte von Dr. Behrend

in den Besitz von Barthaaren des von BEHREND beschriebenen Falles von Piedra nostras gelangte, stellte er mir die Aufgabe, die Reinkulturen derselben mit denjenigen Reinkulturen zu vergleichen, welche er selbst von seinem Falle von Piedra nostras erhalten hatte. Es zeigten sich hierbei sehr bald, dafs diese beiden Pilze, soviel Ähnlichkeit sie klinisch und bakteriologisch aufweisen, doch nicht völlig identisch sind. Ich will in folgendem versuchen, die Differenzen, welche sich mir beim Studium dieser beiden Fälle ergeben haben, möglichst scharf zu charakterisieren, möchte jedoch vorher daran erinnern, welche ungemein grofse Ähnlichkeiten zwischen beiden bestehen, Ähnlichkeiten, welche naturgemäfs zunächst zu der Annahme einer Identität dieser Pilze führen mufsten.

Ähnlichkeiten.

1. Klinische.

Die von BEHREND und UNNA angegebenen Symptome kann ich, soweit es die mir von beiden Fällen vorliegenden ausgezogenen Haare betrifft, bestätigen. Es handelt sich in beiden Fällen um derbe, jedoch nicht übermäfsig harte, nicht an festen Körpern krepitierende, helle, dem sonst gesunden, nicht aufgesplitterten Schnurrbarthaaren aufsitzende Anschwellungen (s. Fig. 1). Dieselben haben Spindel- oder Cylinderform und erinnern somit auch in der Form durchaus nicht an die Nisse von Pediculi. Auch stimmen für beide Fälle die anamnestischen Angaben überein, dafs die Affektion des Schnurrbartes von sehr langer Dauer und intermittierender Intensität sei, jedoch niemals nach Art einer Sykosis oder Trichophytie zu einer Hautentzündung zwischen den Haaren Veranlassung gegeben haben soll.

2. Bakteriologische.

a) Histologie der Haare. BEHREND giebt ein Querschnittsbild, welches deutlich die Zusammensetzung der Pilzherde aus grofsen Sporen erkennen läfst. Ganz dasselbe zeigen mir die älteren Querschnittspräparate von UNNAS Fall und die neueren zum Vergleiche von beiden Fällen hergestellten. Überall besteht die Pilzscheide lediglich aus fest zusammengeklebten Sporen, zwischen denen eine eigene oder fremde Klebemasse sich auch mit Hülfe der Färbungsmethoden nicht nachweisen läfst (s. Fig. 2). Nur sind Kokken, resp. Bacillen an einigen Stellen von aufsen nach innen bis in die Nähe des Haarschaftes durch Spalten der Sporenmassen eingewandert.

Auch darin gleichen sich sämtliche mir vorliegende Querschnitte, dafs der Pilz nicht in das lebende Haar hineinwächst, ja nicht einmal die Cuticula aufsplittert, um hierdurch festen Fufs zu fassen (s. Fig. 2). Auch hier macht der enge Zusammenhang von Pilz und Haar den

Eindruck, als wenn beide Teile lediglich verklebt seien. Dagegen war es mir im höchsten Grade interessant, zu beobachten, dafs die abgeschnittenen Haare, auf künstlichen Nährböden gezüchtet, allmählich ganz vom Pilz durchsetzt wurden, wie der Nährboden selbst. Dieses habe ich sowohl an den Haaren des UNNAschen Falles, als auch an denen des BEHRENDschen beobachten können.

Die Cuticula hat sich als Ganzes vom Haar zurückgezogen, und die Spalte ist ringförmig vom Pilze ausgefüllt. Von hier aus sind eine Anzahl Pilzfäden in radiärer Richtung bis zum Markkanal vorgedrungen.

Die Färbung der Querschnittsbilder mit UNNAS Methylenblaulösung läfst die Pilzherde in metachromatischem Violett erscheinen (s. Figg. 3 u. 4), während das Haar das Blau der Lösung festhält. Auch diese charakteristische, weil an allen Kulturen wiederkehrende, Färbereaktion ist beiden Fällen gemeinsam und unterscheidet diese Pilzgattung auch von der des Favus und Trichophytons; doch nehmen nicht alle Sporen die violette Farbe an; viele sind unfärbbar geworden und wahrscheinlich abgestorben (s. auch Fig. 2).

b) Auswachsen auf künstlichen Nährböden. Das Auswachsen des am Haar haftenden Sporenlagers auf künstlichem Nährboden vollzieht sich bei beiden Pilzen in der Weise, dafs zuerst die äufseren Lagen der Sporen, später auch die inneren, Keimschläuche aussenden, welche, gemeinschaftlich derselben Richtung zustrebend, sich fächerförmig im Nährboden ausbreiten. Dabei zeigt sich, dafs zwischen den zu Hyphen auswachsenden Sporen immer einige schwer oder ganz unfärbbar am Haar in Unthätigkeit zurückbleiben und damit wirklich dokumentieren, dafs sie abgestorben sind. In dieser Beziehung gleichen beide Pilze sich ebenfalls.

Gehen wir jetzt zur Betrachtung der Schnitte von Agarkulturen über, so sehen wir, dafs bei beiden Pilzen die Ausstrahlungen aus Fäden von ziemlich gleichmäfsiger Dicke und Breite bestehen (s. Figg. 3 u. 4), welche über ihre ganze Länge kurz septiert sind und sehr leicht in cylindrische Bruchstücke zerfallen, die 4—6 oder noch mehr sporenartige zu je zweien eng zusammenhaltende Zellen enthalten (s. Fig. 5). Bei diesen Doppelzellen sieht man bei guter Färbung deutlich eine äufsere, rechteckig zugeschnittene Membran und einen schwächer gefärbten, abgerundeten ovalären Inhalt (s. Fig. 5). Schliefslich treten diese ovalen Inhaltszellen unter Abstreifung der äufseren Membran aus und zerfallen in einzelne Sporen.

Die Ausstrahlungen nehmen nach dem Zentrum der Kultur hin bedeutend an Dicke zu, die peripheren haben nur ein Drittel bis ein Halb der Dicke, während die Länge nicht so verschieden ist; dadurch erhalten die im Zentrum frei werdenden Sporen mehr rundliche, die an der Peripherie frei werdenden mehr längliche Form. Im Zentrum selbst

schwellen die kurz septierten Teilstücke noch mehr in die Breite und bilden durch ihren Zerfall ein Lager von sehr breiten und dicken Sporen.

Das erhabene Zentrum besteht aus diesen Sporenhaufen und aus einem Knäuel blasser, schwer färbbarer, leerer Mycelschläuche.

Differenzen.

I. Klinische.

Trotz aller Bemühungen war es mir nicht möglich, an den mir vorliegenden Haaren makroskopisch wahrnehmbare Differenzen zu entdecken.

II. Histologische.

Eine genaue Vergleichung der Haarquerschnitte zeigt eine nicht erhebliche, aber doch wichtige und, wie es scheint, charakteristische Differenz zwischen den das Haar umgebenden Sporen, besonders was die Form derselben anlangt.

Die betreffenden Querschnitte der in Celloidin eingebetteten Haare werden auf dem Objektträger kurze Zeit mit Gentianaviolett-Anilinwasser gefärbt, sodann abgetrocknet und — ohne jodiert zu werden — direkt mit der von UNNA angegebenen Mischung von Anilin und salzsaurem Anilin[1] entfärbt, ebenso die bereits abgestorbenen Sporen, während die übrigen eine dunkelviolette Farbe behalten.

An solchen Querschnitten messe ich die Gröfse der Sporen des Falles BEHREND zu $3^3/_4$—$4\ \mu$ im Längs- und $1^1/_2$—$2^1/_2\ \mu$ im Querdurchmesser. Wie man sieht, wechseln die Gröfsenverhältnisse ganz auffällig, was entschieden damit zusammenhängt, dafs die Sporen, äufserst dicht zusammengedrängt, sich gegenseitig in verschiedenster Weise abplatten und einbuchten. Die Sporen innerhalb der Sporenscheide zeigen deshalb sehr unregelmäfsige Gestalten und geben bei verschieden hoher Einstellung ganz verschiedene Bilder, so dafs man hier von der eigentlichen Form der freien Sporen keine rechte Vorstellung gewinnt. Diese läfst sich dagegen gut erkennen an einer Stelle, wo das Haar gespalten ist und die Sporenmasse — offenbar unter geringerem Druck — in die Spalte eindringt; hier zeigen die Sporen eine gleichmäfsigere ovale Form und geringere Gröfsenunterschiede.

Wie es im Falle BEHREND unter Ausnahmeverhältnissen ist, so stellen sich die Sporen im Falle UNNA regelmäfsig dar. Die Sporenscheide wird hier von nahezu regelmäfsig ovalen, kurzen, gegeneinander abgeplatteten und sehr wenig in der Gröfse differierenden Sporen gebildet, so dafs das Querschnittsbild der Sporenscheide hier ein äufserst regelmäfsiges, zierliches Mosaik ergiebt. Die Durchmesser fand ich: 4—$4^1/_2\ \mu$

[1] UNNA, Über Verwendung von Anilinmischungen zur tinktoriellen Isolierung von Gewebselementen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXI. pag. 215.

(längs) und $2^1/_2$—$3^1/_2$ (quer), also weniger voneinander unterschieden, als im Falle BEHREND. Auf den ersten Blick erscheinen daher die Sporen vom Falle UNNA gröfser, als die vom Falle BEHREND; diese Differenz ist aber, wie die eben mitgeteilten Messungen beweisen, nur eine scheinbare und auf die starke gegenseitige Abplattung der Sporen beim Falle BEHREND zurückzuführen; es besteht mehr eine Differenz der Form, als der Gröfse.

III. Bakteriologische.

a) Auswachsen beider Pilze auf einer und derselben, mit künstlichem Nährboden beschickten Platte:

Pepton - Kasein - Agar.

Am dritten Tage ist ein reichliches Wachstum beider Fälle auf frischem Kasein-Agar im Strich zu konstatieren: bei auffallendem Licht durchscheinend grau-weifsliche Bänder noch ohne Luftmycel mit einer feinen Ausstrahlung am Rande. Die Striche sind über dem Nährboden bucklig erhaben, bei durchfallendem Licht weifs-gelblich. Ein feiner Unterschied macht sich bereits zwischen Fall UNNA und BEHREND geltend, indem bei ersterem der vorrückende Saum kontinuierlich und überall feinstrahlig ist, während derselbe bei letzterem in kleine kompakte Häufchen mit weniger deutlicher Ausstrahlung sich auflöst, wodurch sofort die Kultur von Fall UNNA homogener, aber am Rande verwaschen, die Kultur von Fall BEHREND lockerer gebaut, aber am Rande schärfer umschrieben erscheint.

Nach weiteren drei Tagen haben die Kulturen bei Zimmertemperatur sich gut entwickelt: in der Aufsicht bemerkt man zentrale weifsliche Pünktchen; in der Durchsicht ist die oben angegebene Differenz noch deutlich vorhanden. Bei Fall B. sieht man jetzt auch feine Randstrahlen, die den vorrückenden Saum einheitlich machen. Bei Fall U. dagegen ist der Randsaum viel breiter entwickelt.

Beide Kulturen sind jetzt homogen, aber Fall U. mit einem viel breiteren Randsaum umgeben.

Bei Wiederholungen dieses Versuches ist die Differenz zwischen beiden Pilzen stets wieder hervorgetreten, obwohl im einzelnen die Platten leichte Verschiedenheiten erkennen liefsen. Aber — und dieses ist die Hauptsache — stets waren beide Pilze auf einer und derselben Platte die ganze Zeit ihres Wachstums hindurch deutlich unterscheidbar:

Stets war der Randsaum des Falles B. lockerer gebaut und **weniger homogen**, oder mit anderen Worten: **nicht so feinstrahlig**, wie der Fall U.

Sodann ergab sich beim Abimpfen von beiden Kulturen ein charakteristischer Unterschied der Konsistenz, indem mit dem Platinspatelchen

vom Falle B. jede beliebige Partie ohne weiteres herausgezogen werden konnte, während bei Fall U. ein Umschneiden derselben notwendig war (insbesondere bei älteren Kulturen); die Konsistenz der Kulturen B. war etwa die des Agars selbst, diejenige der Kulturen U. etwa die von eingetrocknetem, zähem Schleim.

Weiter machten sich auch in der mittleren, bekanntlich stark gefalteten Partie der Kulturstriche stets die folgenden Unterschiede bemerklich: die Falten von Fall B. zeigten an der Oberfläche beim Hin- und Herneigen der Platte einen feuchten Glanz, die Falten des Falles U. waren weniger glänzend, mehr trocken; erstere waren auch noch bei älteren Kulturen gelblich, letztere werden mehr und mehr bräunlich; erstere behielten ihre anfängliche Breite und Abrundung, letztere wurde mit der Zeit schmäler und steiler, resp. die eingeschlossenen Thäler tiefer und geräumiger.

Alle diese Differenzen lassen sich zwanglos auf die eine Grunddifferenz beider Kulturen zurückführen, dafs nämlich:

Die Kulturen von Fall B. stets **feuchter**, diejenigen von Fall U. **trockener** sind.

Pepton-Levulose-Agar.

Eine ganz analoge Differenz, wie auf der mit Pepton-Kasein-Agar beschickten grofsen Dauerplatte, zeigte sich zwischen beiden Pilzen konstant auf den mit Pepton-Levulose-Agar hergestellten Platten; die letztere Mischung ist bekanntlich vor langer Zeit schon von Dr. UNNA zur Differenzierung der Favuspilze vorgeschlagen und hat sich im allgemeinen zur Unterscheidung von sehr ähnlichen Fadenpilzen im hiesigen Laboratorium stets bewährt. Auch auf solchen Platten umgiebt sich der Fall U. alsbald mit einem breiteren Randstrahlensaume, als der Fall B. Die weiteren Differenzen der gröfseren Lockerheit des Falles B. und der gröfseren Trockenheit von Fall U. traten auch auf diesem Nährboden hervor.

KOCHs Nähragar:

Auf diesem Nährboden ist es mir bei wiederholten Versuchen und trotz bestem Wachstum beider Pilze nebeneinander nicht gelungen, so charakteristische Differenzen zu erzeugen, wie auf den vorgenannten Nährböden.

Pepton-Bierwürze-Agar.

Auch bei Benutzung dieses Nährbodens, welcher ein äufserst üppiges Wachstum beider Pilze hervorrief, waren die feineren, oben angeführten Unterschiede vollkommen verwischt. Nur bei einer etwas kalt gehaltenen und daher sehr langsam herangewachsenen Plattenkultur traten allerdings spät, aber dafür um so auffallender sehr bemerkenswerte Wachstums-

differenzen hervor. Der Fall B. breitete sich nach beiden Seiten stark aus und schickte zonenweise immer feinere Randstrahlen in den Agar, deren äufserster Saum eine zierliche, moosförmige Verästelung zeigte. Der Fall U. dagegen stand lange in seinem Wachstum still, offenbar gehindert in dem Aussenden von Randstrahlen, und der ganze Rasen schob sich dementsprechend in der Mitte unter Bildung von abnorm hohen Wülsten und tief ausgehöhlten Thälern zusammen. Jetzt, nach einem halben Jahre, ist der Unterschied der breit ausgewachsenen, hellen, flachen, mit prachtvoller Randstrahlung versehenen Kultur von Fall B. und der eng zusammengeschobenen, dunkelbraunen, stark erhabenen, glattrandigen von Fall U. so grofs, dafs niemand auf den Gedanken kommen würde, beides für Kulturen desselben Pilzes zu halten. Vielleicht hängt diese für den Bierwürze-Agar ausnahmsweise gute Differenzierung mit einem besonders langsamen Wachstum unter interkurrenter Eintrocknung des Bodens zusammen, eine Beobachtung, welche dazu anregt, den Einfluſs gröſserer Trockenheit und langsameren Wachstums zu benutzen, um auch auf weniger günstige Nährböden (in diesem Falle Kochs Agar) bedeutende Unterschiede nahestehender Fadenpilze heranzuzüchten.

b) Auswaschen beider Pilze auf Gelatineröhrchen. Eine sehr charakteristische Differenz der beiden Piedrapilze habe ich in ihrem Verhalten zur Kochschen Nährgelatine gefunden. Ich gebe zunächst ein Protokoll zweier zum Vergleich dienender Kulturen.

7. September 1895. Auf die Mitte der Gelatineoberfläche des Reagenzgläschens wurden je ein Partikelchen der beiden Pilze von frischen Agarkulturen aufgetragen. Die Gläschen waren mit derselben Gelatine kurz zuvor beschickt.

Am 10. September haben im Falle B. sich von dem Impfmaterial Ausstrahlungen in der obersten Schicht der ganzen Fläche der Gelatine gebildet und sind an der Glaswand in Form eines dichten Wulstes aufgestiegen. Im Falle U. sind bis jetzt nur feine, aber zahlreiche Ausstrahlungen gebildet, welche nicht bis zur Glaswand reichen.

Am 15. September zeigt sich in der Nähe des Impfpartikelchens im Falle B. beginnende Verflüssigung, während im Falle U. keine Spur einer solchen zu entdecken ist.

Am 20. September ist im Falle U. die Ausstrahlung des Pilzes bis zur Glaswand vorgeschoben, ohne dafs eine Verflüssigung der Gelatine eingetreten ist; im Falle B. ist die Verflüssigung der gesamten Oberfläche bis zu geringer Tiefe bei Bewegung des Glases deutlich wahrnehmbar.

Am 30. September ist die Gelatine des Falles B. schon 1 cm tief total verflüssigt, und zwar sinkt die Verflüssigungsgrenze parallel mit der Oberfläche nieder; die Kultur ruht auf der Oberfläche der nicht verflüssigten Gelatine. Im Falle U. ist die Gelatine noch vollständig fest.

Am 10. Oktober ist die Verflüssigung im Falle B. etwas weiter fortgeschritten, nimmt jetzt aber nur langsam zu (Folge der niedrigen Zimmertemperatur). Im Falle U. bildet sich in der Umgebung einer in der trockenen Gelatine aufgetretenen Spalte eine zartwolkige Ausstrahlung ohne jegliche Andeutung einer Verflüssigung.

Am 10. November ist im Falle B. die Verflüssigung bis auf $1^1/_2$ cm weiter gediehen, die verflüssigte Zone ist gelb verfärbt und durch feinste Pilzwolken getrübt. Im Falle U. ist keine Veränderung der Gelatine aufgetreten; die Einstrahlung des Pilzes in dieselbe hat sich vergrößert.

Am 10. Dezember genau derselbe Status.

Die hier geschilderte auffallende Differenz der Pilze im Verhalten zur Verflüssigung hat sich bei vielfachen Wiederholungen als eine konstante erwiesen.

c) Mikroskopisches Verhalten beider Pilze auf Nähragar. Das Verhalten beider Pilze bei ihrem Wachstum in und auf dem Nähragar wurde in der Weise studiert, daß charakteristische Stellen der Pilzrasen mit dem Agar ausgestochen und in Alkohol gehärtet wurden. Die Stücke kamen dann in Celloidin und wurden senkrecht zur Oberfläche geschnitten. Die Schnitte wurden in polychromer Methylenblaulösung zwei Minuten gefärbt, abgetrocknet und mittelst der von Dr. Unna angegebenen Jod- (1 %o) Tannin- (1 %) Anilinmischung 1 Minute lang entfärbt, dann durch Anilin und Xylol in Balsam gebracht.[2] Der Agar ist dann vollkommen entfärbt, die hindurch gewachsenen Pilze dunkelviolett gefärbt und scharf konturiert.

Vergleicht man nun zwei Schnitte, welche durch etwa erbsengroße Rasen beider Pilze gelegt sind, so ist wohl stets eine Differenz schon bei schwacher Vergrößerung zu erkennen; dieselbe ist jedoch ungemein verschieden stark ausgeprägt bei den von verschiedenen Nährböden genommenen Rasen. Beispielsweise genügt es nicht, zu diesem Zwecke die auf Bierwürz-Pepton-Agar gezüchteten Pilze zu vergleichen. In diesem Falle sind nämlich die oberhalb des Agars liegenden Pilzrasen sehr üppig ausgebildet, während die Ausstrahlungen im Nährboden selbst (Unnas Bodenhyphen) nur vergleichsweise sehr schwach entwickelt erscheinen. Die Differenzen im mikroskopischen Bilde treten aber an der stark verfilzten Decke der Pilzrasen sehr zurück gegen die Differenz der Bodenhyphen. Um die letztere zu studieren, ist es daher durchaus notwendig, solche Kulturen zu vergleichen, wo beide Pilze eine starke Wucherung der Bodenhyphen erzeugt haben. Vergleicht man die in dieser Richtung sich am auffallendsten unterscheidenden Kulturen auf Unnas Pepton-Levulose-Nährboden, so wird man schon mit schwacher Vergrößerung

[2] Unna, Über Verwendung von Anilinmischungen zur tinktoriellen Isolierung von Gewebselementen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1895. Bd. XXI. pag. 15.

stets die folgenden charakteristischen Unterschiede in der Disposition der Bodenhyphen wahrnehmen. (Siehe Tafel Figg. 3 u. 4.)

Figur 3 stellt eine auf diesem Nährboden gewachsene Kultur von Piedra B. dar, Figur 4 die entsprechende Kultur von Piedra U. Auf beiden Durchschnitten bemerkt man eine dunklere obere Zone, den senkrechten Schnitt der verfilzten Rasendecke. Dieselbe zeigt bei beiden Erhebungen und Einsenkungen, entsprechend den bekannten Faltenbildungen der Oberfläche, welche für diese Pilzgattung so charakteristisch ist. Fall B. zeigt von solchen Falten nur zwei mit einer dazwischenliegenden Einsenkung, Fall U. drei mit stark ausgeprägten sattelförmigen Einbuchtungen dazwischen. In diesem Verhalten ist noch kein wesentlicher Unterschied bei den Kulturen begründet, obwohl, wie aus dem vorhergehenden ersichtlich ist, die sehr tiefen Einsenkungen der Oberfläche hier, wie auch sonst, besonders dem Falle U. zukommen.

Wesentliche Differenzen finden sich dagegen an den von der Rasendecke seitlich und nach unten fächerförmig ausstrahlenden Bodenhyphen. Zunächst ist auffallend, dafs die Hyphen im Falle B. (Fig. 3) starrere Fäden zeigen, welche unter sehr geringer Verzweigung fast geradlinig den Nährboden durchsetzen, während im Falle U. (Fig. 4) die Fäden wellig verlaufen und sich an manchen Stellen geradezu korkzieherartig krümmen.

Sodann läfst schon die schwache Vergröfserung einen bemerkenswerten Unterschied in der Breite der Hyphen erkennen; die Bodenhyphen vom Falle B. (Fig. 3) sind erheblich breiter, als die vom Falle U. (Fig. 4). Möglicherweise stehen beide Unterschiede miteinander in Zusammenhang, indem die breiten Hyphen des Falles B. auch stärker und widerstandsfähiger sind, als diejenigen vom Falle U., und daher nicht durch den Widerstand des Nährbodens zur Annahme der Spiralform gezwungen werden.

Bei dieser Gelegenheit will ich nicht unterlassen, noch einmal darauf hinzuweisen, dafs gerade, weil vielleicht schon leichte physikalische Differenzen des Nährbodens Unterschiede im Bau der Kultur bedingen können, es von der gröfsten Wichtigkeit ist, zu solchen differenziellen Untersuchungen nur solche Pilzrasen zu nehmen, welche nebeneinander auf derselben Platte gewachsen sind. Mit diesem zuletzt genannten Umstande eines irgendwie gehinderten Eindringens in den Nährboden mag es auch zusammenhängen, dafs nur im Falle U. sich eine besondere periphere Randzone der Hyphen entwickelt. Hier drängen sich nämlich die korkzieherartigen Windungen der sich am Ende mehr verzweigenden Äste so zusammen, dafs gleichsam eine troddelartige Franze erzeugt wird, welche vollständig im Falle B. fehlt. Ich habe sie bei diesem Pilze niemals beobachtet, während sie im Falle U. auf zweckmäfsig gewählten Nährböden stets hergestellt werden kann.

Bei stärkerer Vergrößerung (Leitz VII und 1/16 Ölimmersion), treten noch mehr Unterschiede zwischen beiden Piedrafällen hervor. Sowohl die Hyphen, wie die Sporen sind im Falle B. dicker und kürzer, im Falle U. schlanker und länger.

Die genauere Messung hat folgende Differenzen ergeben (Levulose-Pepton-Agar-Kultur):

	Fall B.	Fall U.
Breitendurchmesser der Hyphen:	2—4 μ	1—2½ μ
Längendurchmesser der Sporen:	2¼—4½ μ	2—3½ μ

Es muß auffallen, daß die hier genommenen Längsdurchmesser der Sporen weit zurückbleiben hinter denselben Maßen, die ich den Sporen derselben Pilze aus den Pilzscheiden der Haare entnommen habe. (Fall B.: 3¾—5 μ, Fall U.: 4—4½ μ.) Dieses erklärt sich jedoch einfach aus dem Umstande, daß in der Sporenscheide die Sporen eng zusammengedrängt und in der Hauptachse verlängert erscheinen, während dieselben auf dem künstlichen Nährboden eine von äußeren Hindernissen nicht beeinflußte Gestalt aufweisen. Die letztere nähert sich auf den künstlichen Nährböden viel mehr derjenigen der einzelnen Hyphenzellen, als innerhalb der Pilzscheide, sie ist noch ziemlich rechtwinklig mit leicht abgerundeten Ecken. Hierzu kommt der weitere Umstand, daß die von mir untersuchten Sporen der künstlichen Nährböden wenige Tage oder höchstens Wochen alt sind, während in den Sporenscheiden ein sehr altes eingetrocknetes Sporenmaterial vorliegt.

Eine Differenz der Hyphen und Sporen, welche erst bei stärkeren Vergrößerungen hervortritt, betrifft das Verhältnis der Pilzmembran zum protoplasmatischen Inhalte. Der Fall Piedra B. weist dünne Membranen und einen relativ voluminösen Inhalt der Pilzzelle auf, der Fall Piedra U. dickere Membranen und einen spärlichen Zellinhalt.

Diese Größendifferenzen finden sich bei beiden Piedrafällen auf allen verschiedenen Nährböden ziemlich gleich gut entwickelt, während diejenigen des Baues der Pilzrasen die Entwickelung auf Levulose-Pepton-Agar erfordern.

Tafelerklärung.

Fig. 1. Ganzes Haar des Falles Behrend, von der Pilzscheide umgeben bei schwacher Vergrößerung.

Fig. 2. Querschnitt eines Haares vom Falle Unna bei 150facher Vergrößerung. Die Sporen der Pilzscheide sind, soweit sie gut erhalten sind, violett gefärbt; die abgestorbenen sind ungefärbt. Man sieht zwischen denselben keine besondere Klebemasse.

Fig. 3. Senkrechter Schnitt einer Levulose-Agarkultur vom Falle Behrend. Der Agarnährboden ist in der Figur fortgelassen. Die senkrecht in den Nährboden ausstrahlenden Hyphen sind gestreckter und breiter, als die entsprechenden vom Falle Unna in Fig. 4 und besitzen keine troddelförmigen Enden wie jene.

Fig. 4. Senkrechter Schnitt einer Levulose-Agarkultur des Falles Unna.

Polydipsie bei Syphilis.

Von

Alfred Staub - Posen.

Während der Diabetes mellitus nur selten spezifischer Natur ist, sind von dem nicht häufig vorkommenden Diabetes insipidus bereits mehrere Fälle auf spezifischer Grundlage beobachtet worden. Auch in einem von mir verfolgten Falle war die syphilitische Ätiologie unzweifelhaft; die betreffende Patientin stand bereits im sekundären, kondylomatösen Stadium in meiner Beobachtung, und als sich später die Erscheinungen der Polyurie und Polydipsie einstellten, gesellte sich zu denselben unter Störungen in der motorischen und intellektuellen Sphäre eine schwere doppelseitige Oculomotoriuslähmung, die sich nach Entwickelung und Erfolg der Therapie als spezifisch erwies.

Frau K. acquirierte in connubio eine spezifische Infektion; nach einem Abort, sowie dann nach Geburt eines schwachen, zehn Tage alt verstorbenen Kindes machte sie 1888 wegen Plaques muqueuses und Condylomata lata ad labium majus et ad anum eine Inunktionskur durch; im folgenden Jahre, 1889, gebar sie ein kräftiges Kind, das in den ersten Lebensmonaten wiederholt Papul. madidant. ad anum zeigte und häufig mit Kalomel intern behandelt wurde; die Patientin hatte wieder Plaques muqueuses und brauchte eine Injektionskur mit Hydrargyrum oxydatum flavum (1 : 30); im nächsten Jahre Partus eines gesunden Kindes. Im Jahre 1892 stellte sie sich, nachdem sie längere Zeit frei von allen Beschwerden gewesen war, wiederum vor mit Klagen über grofse Trockenheit auf der Zunge und ein unaufhörliches Durstgefühl, das sie zwinge, kolossale Quantitäten Flüssigkeit, Wasser oder leichten Bieres zu vertilgen; allein des Nachts brauchte sie einen grofsen Eimer Wasser zur Löschung ihres Durstes. Dementsprechend war auch die Urinmenge bedeutend vermehrt; der Urin war stets frei von Eiweifs und Zucker. Die quälende Durstempfindung trat in diesem Krankheitsbilde so stark hervor, dafs dasselbe wohl als Polydipsie bezeichnet werden konnte, während es ja im allgemeinen streitig ist, ob nicht in solchen Fällen die gesteigerte Harnabsonderung das primäre Element bildet. Da die Patientin sonst ganz frei von luetischen Symptomen war, so lag zunächst kein Grund vor, diese aufgetretenen Krankheitserscheinungen für spezifisch zu erklären. Bald gesellte sich jedoch sehr heftiger Kopfschmerz, besonders in nächtlichen neuralgischen Anfällen,

hinzu; dann, nach einigen Monaten, entstand zunächst auf einem, später auch auf dem anderen Auge eine geringe Pupillenerweiterung; in diesem Zustande lag der Gedanke an einen spezifischen Prozefs, der sich intrakraniell entwickelte, näher; jedoch zeigte sich eine bei der poliklinischen Patientin eingeleitete antisyphilitische Therapie ohne Wirkung. Es machte sich im Gegenteil ein Weiterfortschreiten des Prozesses geltend: die bisher fleifsige und brave Arbeitersfrau konnte sich plötzlich eines Morgens nicht mehr aus dem Bett erheben; ohne dafs sich an irgend einem Körperteile eine Parese oder Paraplegie zeigte, war sie unfähig, ihre Muskeln zu gebrauchen, lag apathisch, teilnahmslos da, schlief viel, sprach nicht, verlangte nicht nach Nahrung, sondern nur zu trinken. Diese allgemeine Muskelschwäche, mit Somnolenz verbunden, erinnerte fast an das Krankheitsbild der Polioencephalitis superior, Erkrankung des Höhlengraus im dritten Ventrikel. Unter energischer Jodkaliumbehandlung, 10 g pro die, besserte sich nach etwa zwei Wochen der Zustand der Patientin so, dafs sie wieder aufstehen und allmählich auch wieder einige kleine Wirtschaftsarbeiten verrichten konnte, doch war sie psychisch sehr alteriert, sehr ruhig, still, hatte wenig Teilnahme für die Aufsenwelt. Trotz fortgesetzten Jodkaliumgebrauchs machte indes der Krankheitsprozefs noch weitere Fortschritte: es entstand auf einem Auge eine leichte Ptosis, dann trat Doppelsehen ein durch Parese einzelner Oculomotoriuszweige; schliefslich bildete sich vollständige doppelseitige Oculomotoriuslähmung aus: die Lidspalten waren beiderseits vollkommen geschlossen, die Augäpfel divergierten nach aufsen, waren starr, unbeweglich; auf beiden Seiten Mydriasis, Erweiterung der Pupillen mittleren Grades. Die Patientin, die wegen der Doppelbilder und Schwindelempfindungen schon lange stets geführt werden mufste, war nun des Gebrauches ihrer Augen vollkommen beraubt. Nach einer mehrwöchentlichen Einreibungskur besserte sich dieser Zustand gar nicht. Unter dem Gebrauch von Hydrargyrum-salicylicum-Injektionen (1 : 10) bildete sich endlich die Oculomotoriuslähmung zurück; die oberen Augenlider hoben sich allmählich, die Pupillen verengerten sich wieder, die Recti interni lenkten die Bulbi wieder nach innen. Nach zwölf Injektionen funktionierten die Oculomotorii beiderseits wieder normal; nur rechts persistierte eine leichte Paralyse des Rectus superior und inferior. So konnte die Patientin wieder ihren häuslichen Pflichten nachgehen; auch ihr intellektuelles und psychisches Befinden besserte sich. Die Polydipsie und Polyurie besteht, wenn auch bedeutend vermindert, weiter.

Die Kombination von Polydipsie und Oculomotoriuslähmung erscheint hinsichtlich der anatomischen Lokalisierung des Krankheitsprozesses von Interesse. Die doppelseitige Oculomotoriuslähmung beruht

auf einer Affektion am Boden des Aquaeductus Sylvii bis hinein in den dritten und vierten Ventrikel. Physiologische Experimente und pathologische Erfahrungen haben bereits die Existenz eines Zentrums auch für die ohne Zuckerausscheidung verlaufende Polyurie am Boden des vierten Ventrikels ergeben. Wir dürfen daher als Ursache der Erkrankung in unserem Falle eine spezifische Affektion an dem Ependym des Aquaeductus Sylvii annehmen, mag es sich nun um gummöse Infiltration oder spezifische Endarteriitis handeln; vom Aquädukt strahlte die Erkrankung einerseits nach dem vierten Ventrikel aus (Polyurie), andererseits auch nach dem dritten Ventrikel, worauf die Erscheinungen der Polioencephalitis sup., die in dem Krankheitsbilde auftraten, hinweisen.

Aus Dr. Georg J. Müllers Ambulatorium für Hautkrankheiten.

Zur dermotherapeutischen Verwendung des Adeps lanae.

Von

Dr. Georg J. Müller-Berlin.

Die Frage, ob Fettkörper die Haut durchdringen und ihnen beigemischte, medikamentöse Substanzen auf diese Weise in die Lymphbahnen gelangen können, hat begreiflicherweise schon seit geraumer Zeit das theoretische und praktische Interesse der Dermatologen erregt. Leider sind aber die bisherigen Ergebnisse diesbezüglicher Forschung sehr geringe, was bei den Schwierigkeiten, welche sich den Untersuchungen entgegenstellen, besonders mit Rücksicht auf lebendes menschliches Gewebe nicht wundern kann. Auch mir war es trotz vieler und über den Zeitraum eines Jahres fortgesetzter Bemühungen bisher nicht möglich, zu einem abschliefsenden Urteil zu gelangen. Soviel ist mir aber klar geworden, dafs die verschiedenen Fettkörper in Bezug auf ihre Imbibitionsfähigkeit sicher kein gleiches Verhalten zeigen, und ich mufs mich z. B. durchaus Liebreich in seinem Urteile über den besonderen Wert des Wollfettes, welcher auf seiner grofsen Affinität zur menschlichen Haut beruht, anschliefsen. Von diesem Gesichtspunkte aus mufste ein neues Wollfett, wie es unter dem Namen Adeps lanae in den Handel gebracht wurde, mein Interesse erwecken, um so mehr, als es kein auf chemischem Wege gewonnenes Produkt, sondern ein durch äufserst sinnreiche mechanische Proceduren aus dem rohen Wollfett herausgefischter reiner und niedriger schmelzender Bestandteil ist.

Seit 1½ Jahren beschäftige ich mich theoretisch und praktisch mit der Prüfung dieses Cholesterinfettes als Grundlage für die verschiedensten dermotherapeutischen Präparate; ich hatte anfänglich nicht die Absicht, etwas über diese meine Versuche zu veröffentlichen, schon um einer Parteinahme in dem unerquicklichen Konkurrenzstreite der Lanolinfabrik und der „Norddeutschen Wollkämmerei" zu entgehen. Wenn ich mich trotzdem dazu entschlossen habe, so veranlafste mich dazu der Umstand, dafs mir der Streit „wissenschaftlich" nunmehr entschieden zu sein scheint, nachdem UNNA in seinem Aufsatze: *Adeps lanae in der Praxis* das letzte Wort gesprochen hat. Andererseits ist es mir gelungen, einige, wie ich glaube, sehr brauchbare neue Salbenformen zu finden, welche ich einer Publikation wert halte.

In dem Bestreben, möglichst objektiv zu verfahren, habe ich anfänglich stets Parallelversuche an demselben Individuum mit Lanolin gemacht, die zum Teil von Kollegen, welche sich in meinem Ambulatorium beschäftigten, mitbeobachtet und kontrolliert worden sind, so dafs ich sicher bin, nicht einer Autosuggestion zum Opfer gefallen zu sein — ich darf übrigens nicht verschweigen, dafs ich die mir jetzt vorliegenden Proben entschieden für vollkommener halte, als sie es vor etwa 1½ Jahren noch waren.

Auf den von ROTHMANN erhobenen Vorwurf der irritativen Wirkung will ich nur kurz eingehen und bemerke, dafs mir von einer solchen im Laufe der ganzen Zeit keine Spur zu Gesicht gekommen ist und diese ganz gewifs nur bei falscher Indikationsstellung zu beobachten sein dürfte. Symmetrisch erkrankte Hautpartien befinden sich durchaus nicht immer in demselben Stadium fortschreitender Erkrankung oder Besserung; darauf ist bei der Versuchsanordnung sehr wesentlich zu achten.

Die teils von mir, teils von befreundeten Chemikern wiederholt gemachten chemischen Nachprüfungen haben uns durchaus dieselben Resultate ergeben, wie IHLE, UNNA und anderen. Nachdem so theoretisch festgestellt war, dafs eine Reizung nicht zu befürchten sei, ging ich an die praktische Prüfung und begann sogleich mit kosmetischen Präparaten, welche ja eine besondere Reizlosigkeit erfordern. Selbstredend konnte der Adeps lanae seiner Konsistenz halber hier nicht rein, sondern mit Zusatz von Öl oder Vaselinum amerericanum verwendet werden. Die Vorschriften waren teils nach den bewährten Recepten von PASCHKIS, teils nach UNNA und anderen, wenn auch in modifizierter Form, zusammengestellt. Die Salben wurden sowohl zur Hautmassage nach dem Bade, als zu kosmetischer Behandlung spröder und fettarmer Gesichtshaut, „aufgesprungener Hände" etc. verwendet. Da sich bei diesen leichteren Leiden meine Klientel nicht nur aus der eigentlichen Praxis, sondern auch aus einem grofsen Bekanntenkreise rekrutierte, wo mir die Fälle nicht aus dem

Gesichtskreis entschwinden konnten, kann ich versichern, daſs von einer Reizung nicht nur nicht die Rede war, sondern die Salben ob ihrer teilweise vorzüglichen Wirkung sehr gelobt wurden. Nachstehend einige besonders häufig angewandte Formeln:

℞ *Natr. biborac.*	1,0	℞ *Ol. amygd.*	5,0
(*Sapon. neutr. fluid.*)	0,25	*Succ. cucum. rec. press.*	30,0
Adip. lan.	10,0	*Adip. lan.*	15,0
Aq. rosar.	89,0	*Vanillini* ad odor.	
MDS. Lanatoilettenmilch.		S. Crême de Cocombre.	

℞ *Ol. amygd.*		℞ *Adip. lan.*	
Aq. rosar.	ā 15,0	*Vasel. flav. am.*	
Adip. lan.	20,0	*Aq. flor. aurant.*	ā 15,0
Mf. Ungt.		*Terpineol.* gtt. X.	
S. Cold-Crême (Abschminke)		MDS. Crême céleste.	

Acid boric.	2,5
Zinc. oxyd.	7,5
Adip. lan.	25,0
Ol. olivar.	15,0

S. Handsalbe.

Den kosmetischen Salben stehen mit Bezug auf die Indikation die Kühlsalben am nächsten, und ich wüſste nicht, in welcher Form man solche besser verschreiben könnte, als mit Adeps lanae, dessen Aufnahmefähigkeit für Wasser ja bis zu dreihundert Procent und mehr festgestellt worden ist;[1] selbstredend wurde diese Grenze niemals erreicht. Ich hatte stets bei Verbrennungen, juckenden Ekzemen, sogar bei akuten Nachschüben die besten Resultate. Bei den Verbrennungen besonders habe ich häufig nach der schon von anderer Seite eingeleiteten trockenen Pulverbehandlung, die ich mit Rücksicht auf die Beschwerden der Patienten für wenig rationell halte, diesen durch derartige dicke Salbenverbände mit darübergelegtem Eisbeutel die gröſste Linderung verschafft. Der Wechsel eines solchen Verbandes ist, da er nicht festklebt, leicht und wenig schmerzhaft, und das Aufstreichen frischer Salbe ruft bei den Patienten eher ein angenehmes Gefühl, als Schmerz hervor. Im allgemeinen bevorzuge ich bei juckenden akuten oder akut recidivierenden Ekzemen (z. B. Unterschenkel-Ekzemen bei bestehendem Ulcus cruris) die Behandlung mit Umschlägen. Wo aber Salbenverbände vertragen werden, sind dieselben dem Patienten natürlich viel angenehmer. Deswegen habe ich relativ häufig davon Gebrauch gemacht und dort, wo sie vertragen wurden, stets eine gute Wirkung erzielt.

℞ *Aq. plumb.*	25,0	℞ *Aq. calc.*	30,0
Adip. lan.	20,0	*Adip. lan.*	20,0
Ol. olivar.	5,0	*Vasel. flav.*	10,0
Mf. Ungt.		Mf. Ungt.	

[1] Sack, *Über die therapeutische Verwertung des Adeps lanae.*

℞	*Acet.*	30,0	℞	*Thiol. liquid.*	1—2,0
	Adip. lan.	20,0		*Aq. dest.*	25,0
	Vasel. flav.	10,0		*Adip. lan.*	20,0
	Mf. Ungt.			*Ol. olivar.*	3,0
				Mf. Ungt.	

℞	*Natr. biborac.*	2,0
	Aq. dest.	50,0
	Adip. lan.	30,0
	Vasel. flav.	18,0
	Mf. Ungt.	

Dafs auch frisches Granulationsgewebe keineswegs ungünstig von Adeps lanae beeinflufst wird, bewies folgende Verbandssalbe, welche zum Schlufs der Behandlung bei incidierten und ausgekratzten Abscessen (Bubonen, Phlegmonen, Mammaabscessen) zur Verwendung gelangte:

℞	*Acid. boric.*	5,0
	Adip. lan.	
	Vasel. flav.	ää ad 100,0
	Mf. Ungt.	

Wenn unser Salbenkörper sich schon in indifferenten Salben bei der Aufgabe, reizmildernd zu wirken, gut bewährt hatte, lag um so weniger ein Grund vor, ihn nicht zur Bereitung different wirkender zu benutzen. Die mildeste differente Wirkung einer Salbe ist die macerierende und die Keratolyse einleitende, wie wir sie zur Entfernung von Borken, Krusten, Schuppen und Schwarten anstreben; speziell kommen von Krankheitsbildern hier das seborrhoische Ekzem, das chronische Ekzem, besonders in der Form des Eccema tyloticum, Psoriasis, Ichthyosis in Frage. Im wesentlichen wurden stark mit Salicylsäure versetzte, auch Schwefel oder Teer enthaltende Salben verwendet. Vor allem aber erzielte ich bei den tylotischen Ekzemen die besten Erfolge mit einem mittelst Adeps lanae hergestellten Unguentum Hebrae, welches den Vorzug grofser Haltbarkeit mit den bekannten Vorzügen dieses unentbehrlichen alten Präparates vereinigt.[2]

Um die Haltbarkeit noch zu erhöhen, wurde die Salbe, weil dies den Verwendungszwecken auch entsprach, mit 2—5% Salicylsäure versetzt. War für gewisse Fälle eine geschmeidigere Konsistenz nötig, so wurde es analog dem Unguentum plumbo-vaselinicum Kaposi mit gleichen Teilen gelben amerikanischen Vaselins gemischt.

---

[2] Diese Hebra-Salbe wird von Herrn Apotheker Grube, Berlin, Alexanderstrafse 32, in folgender Weise bereitet: Fein pulverisierte Bleiglätte (5 Teile) werden mit 1 Teil Wasser zu einem Brei verrieben und mit 10 Teilen besten Olivenöls bei mäfsigem Feuer gekocht, bis Pflasterbildung eintritt. Aus dem Pflaster wird das Glycerin durch Umrühren mit heifsem destillierten Wasser entfernt und das so von Glycerin befreite Pflaster im Dampfbade durch längeres Erwärmen vom Wasser befreit, 100 Teile des noch flüssigen Pflasters werden mit 70 Teilen Adeps lanae und 30 Teilen gelben amerikanischen Vaselines geschmolzen. Es wird bis zum Erkalten gerührt und anderentags abgerieben.

Mit diesen Salben haben wir schon das Gebiet der different wirkenden Salben betreten. Wir müssen hier zunächst die Einreibungssalben betrachten, weil bei den präsumierten Eigenschaften unseres Wollfettes hier eine besondere Indikation gegeben war. Bei juckenden Dermatosen nichtparasitärer und parasitärer Natur wurde es wegen des relativ hohen Preises und der gebrauchten gröfseren Mengen nur in der Privatpraxis verschrieben, bewährte sich aber dort in einzelnen Fällen von Ichthyosis, Prurigo. Pruritus und in einer stattlichen Anzahl von Scabiesfällen durchaus.

℞ *β-Naphtol*	5,0	℞ *β-Naphtol*	1—3,0
Ol. olivar.	10,0	*Tumenol.*	1—10,0
Sulf. ppt.		*Ol. rusci*	1—5,0
Sapon. kalin. neutr.	ā 30,0	*Menthol*	1—3,0
		Karbol	1—2,0
Adip. lan.	25,0	*Ol. olivar.*	30,0
Mf. Ungt.		*Adip. lan.*	ad 100,0
		Mf. Ungt.	

Allein schon der Umstand hätte genügt, dem Adeps lanae für mich einen dauernden Wert zu sichern, dafs es mir gelungen ist, mit demselben ein Unguentum hydrargyri cinereum herzustellen, das in der That den weitgehendsten Ansprüchen, welche man an eine solche Salbe stellen mufs, genügt. Die Salbe ist vollkommen haltbar (ich habe Proben seit 8 Monaten stehen, an denen nicht die geringste Veränderung zu bemerken ist). Auch ohne Parfum angenehm riechend, aufserordentlich geschmeidig, leicht verreibbar und von einer dem gewöhnlichen Unguentum cinereum völlig gleichstehenden Wirkung.[3]

Da ich über zwei neue Quecksilbersalben anderenorts berichte, verweise ich betreffs der näheren Daten auf diese Veröffentlichung. Es wird wohl jetzt kaum mehr wunder nehmen, wenn ich von gleich günstigen Erfolgen bei mittelst Adeps lanae hergestellten Verbands- und Pinselsalben erzählen kann, denen different wirkende Stoffe inkorporiert waren. Ich erwähne nur kurz, dafs 5—10%ige Chrysarobin-, 2—10%ige Teer-, 5—10%ige Pyrogallus-, 5—30%ige Schwefel-, 5—20%ige Ichthyol- und Thiol-, 5—20%ige Resorcinsalben bei entsprechenden Indikationen zur Verwendung kamen. Die nötige Geschmeidigkeit wurde durch Zusatz von 5—20%igem Oleum olivarum oder Vaselinum flavum erreicht.

Es erübrigt noch der Pasten zu gedenken, die unter entsprechendem Vaselinzusatz mit Zinkoxyd, Amylum und Terra silicea hergestellt wurden. Sowohl diese einfachen Deckpasten, als die different wirkenden mit Zusätzen von Salicyl, Schwefel, Ichthyol, Resorcin etc. entfalteten infolge der vorzüglichen Eigenschaften der Salbengrundlage eine prompte

[3] Die Salbe wird ebenfalls von Herrn Apotheker Grube hergestellt.

Deck- und Tiefenwirkung; irritative Nebenwirkungen konnten auch hier nicht beobachtet werden. Die Pasten wurden nach dem Typus der Pasta Lassar oder nach Vorschrift von Ihle, manchmal auch analog Unnas Zinkschwefelpaste bereitet. Im Sommer wurden auch noch höhere Pulverzusätze genommen.

℞	*Acid. salicyl.*	2,0	℞	*Zinc. oxyd.*	
	Zinc. oxyd.	ā 10,0		*Ol. olivar.*	
	Amyl. oryz.	10,0		*Adip. lan.*	ā
	Adip. lan.			Mf. Pasta.	
	Vasel. flav.	ā 35,0			
	Mf. Pasta.				

℞ *Zinc. oxyd.*
Sulf. ppt.
Terr. silic. ā 10,0
Ol. Olivar. 20,0
Adip. lan. 15,0
Aq. dest. 35,0
Mf. Pasta.

Über Bereitung von Pflastern habe ich selbst keine Erfahrung. Die mir vorliegenden neueren Proben Beiersdorfscher Pflastermulle finde ich vorzüglich.

Von Salbenstiften kam nur der Chrysarobinstift zur Verwendung.

℞ *Chrysarobin* 4,0
Cerae 12,0
Adip. lan. 24,0

Von Schleimhautsalben kamen für meine Praxis nur Urethralsalben in Betracht, und zwar hauptsächlich mit 3– 10% Argentum nitricum.

℞ *Arg. nitr.* 0,3--3,0
Aq. dest. 15,0
Adip. lan. ad 30,0
Mf. Ungt.

Diese Salbe war entschieden haltbarer, als andere Argentumsalben, haftete sehr gut auf der Schleimhaut und wirkte intensiv, ohne unnötig zu reizen.

Ich muſs mich nach allen diesen Erfahrungen den Urteilen Unnas, Ihles, Sacks etc anschlieſsen und erblicke ebenfalls in dem Adeps lanae eine vortreffliche Salbengrundlage, die dem Lanolin ebenbürtig ist. Wenn wir ein solches Präparat seines billigeren Preises wegen bevorzugen, so ist das nur menschlich. Für die dem wenig erfreulichen Fabrikstreite Fernstehenden kann derselbe nur insoweit Interesse haben, als durch die schärfere Konkurrenz nach dem Erlöschen des Lanolinpatents hoffentlich eine beträchtliche Herabsetzung des Preises beider noch ziemlich teuren Präparate erwartet werden darf, die unseren Kranken zu gute kommt, und das können wir gewiſs mit Freuden begrüſsen.

Versammlungen.

Berliner medizinische Gesellschaft.

(Referiert in *Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 30.)

Ewald stellt einen Fall von **Myxödem** wieder vor, den er vor einem Jahre mit Thyreoidtabletten behandelt hatte. Es war bedeutende Besserung erfolgt, Beseitigung aller Beschwerden, Rückgang des Stupors etc. Dafür hatte die Dame eine Melliturie bekommen, die anscheinend jetzt dauernd ist; es findet sich bis 6% Dextrose im Urin. Derartige Melliturien sind öfter bei Thyreoidbehandlung beobachtet, meist allerdings vorübergehend.

Hansemann demonstriert Präparate eines Falles von **multiplen Neuromen und Fibromen.** Sämtliche Nerven sind von zahlreichen spindelförmigen Tumoren bedeckt und teilweise erheblich verdickt, auch die Hirnnerven, diese allerdings erst aufserhalb des Schädels. Patient hatte nie Beschwerden von dieser Erkrankung gehabt und war an einer interkurrenten Tuberkulose verstorben. Derselbe Vortragende demonstriert ferner Präparate eines Falles von **Melanosarkomen,** die sehr ausgebreitet in sämtlichen Organen sich fanden. Der primäre Tumor hatte sich im enukleierten linken Auge befunden, welches vorher durch einen Pulverschufs verletzt war. Später hatte sich an demselben Auge eine durch Punktion geheilte Netzhautablösung befunden.

F. Hahn-Bremen.

Gesellschaft der Charité-Ärzte in Berlin.

Sitzung vom 13. Juni 1895.

(*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 35.)

Kasuistische Mitteilungen über zwei Fälle von wahren Pocken bringt Wassermann. Eine 20jährige Italienerin und deren zweijährige Nichte erkrankten an Pocken, erstere leicht — sie war vor 17 Jahren geimpft —, letztere schwer — sie war noch ungeimpft. Der Pustelinhalt erwies sich sehr steril, während man bei Vaccinepusteln stets Mikroorganismen findet, die aber nicht als Erreger anzusehen sind. Stets findet man Mikroorganismen in den Pusteln der hämorrhagischen Pocken, da handelt es sich aber um eine Mischinfektion. Von dem Buttersackschen Netzwerk mit glänzenden Kugeln konnte nichts gefunden werden. Da die Pusteln steril sind, kann das Suppurationsfieber auch nicht als Eiterfieber im üblichen Sinne aufgefafst werden; es ist dies vielmehr eine Teilerscheinung des Allgemeinprozesses. Die Therapie bezweckte vor allem, die Sterilität der Pusteln zu erhalten, Sekundärinfektionen zu verhüten; das gelang durch dickes Auftragen einer 1%igen Argentum-nitricum-Paste. Die Heilung ist dabei ohne jede Narbenbildung erfolgt, welche eine Folge sekundärer Erreger ist. Die Übertragung war durch eine Person übermittelt, die einige Tage vorher ein fünfjähriges, pockenkrankes Kind auf dem Arm gehalten hatte.

Schaper bemerkt an der Hand der jüngsten Erfolge mit der Impfung in der französischen Armee und der Beobachtungen in der deutschen, dafs gerade die Beobachtungen in der Armee die Impfgegner am besten widerlegen. Auf eine Frage Burchardts sagt Wassermann, dafs die Inkubation hier zehn Tage betrug und dies mit den Beobachtungen von Eichhorst genau stimme; es können aber auch 13 bis 14 Tage bis zum Ausbruche unter Umständen verlaufen.

Burchardt hebt die glatte Heilung der Pockenpusteln unter Merkurialpflaster hervor.

von Wegener hat einfach unter feuchten Läppchen narbenlose Heilungen gesehen.

Schaper berichtet von einer Frau, der 1871 wegen schwerer Verletzungen die Exarticulatio humeri gemacht war. Das Glied wurde bei vier Patienten zur Transplantation benutzt. Die Frau erkrankte noch am Operationstage, von den Transplantierten einer am sechsten Tage an Variola, die anderen überstanden nur ein leichtes Unwohlsein.

Zwei Fälle von Rupia syphilitica demonstriert Reinhardt. Man bezeichnete dieses Leiden früher als „grofse Pocken" im Gegensatz zu den „kleinen Pocken" (small pox; pétite vérole; Variola). Es handelt sich bei beiden Patienten um den ersten syphilitischen Ausschlag; es ist der ganze Körper von Rupia ergriffen. Es sind schwere Luesformen. Die Heilung kündigt sich an durch Schwinden des entzündeten Hofes. Beide Fälle fieberten; Sublimatinjektionen, örtlich 10%ige Argentumnitricum-Salbe, Argentum nitricum-Stift und Sublimatumschläge führten Heilung herbei.

Ferner stellt Reinhardt zwei Kranke mit **luetischen Geschwüren und Narben im Pharynx** vor; der eine hatte vorher ähnliche Hautaffektionen gehabt, wie die vorher vorgestellten Patienten, aufserdem Leberschwellung, Milzvergröfserung und Albuminurie. Die Verwachsungen des Gaumens mit der Pharynxwand sind selten totale, meist bleibt eine, wenn auch nur ganz kleine Öffnung, so auch in dem vorgestellten Falle, wo aufserdem noch eine Perforation des harten Gaumens besteht. Die Diskussion dreht sich besonders um die Therapie solch schwerer Syphilisformen. Burger hebt die Unwirksamkeit des Quecksilbers und Jodkaliums hervor, während roborierende Diät und Schwitzkuren Heilung bringen. Burchardt betont die gute Wirkung des Jodkaliums, sofern es in genügender Dosis gegeben wird, und berichtet einen Fall von luetischer Sehnervenatrophie mit fast geschwundenem Sehvermögen, bei dem Jodkalium ausgezeichnet wirkte. Loehr kann Burger nur zustimmen, soweit es sich um sehr heruntergekommene Individua handelt; für diese ist dann Syrupus ferri jodati geeignet. Meistens aber erzielt man auch bei der Rupia syphilitica durch energische Quecksilberkuren gute Wirkung.

Sitzung vom 15. Juli 1895.

(*Dtsch. Med.-Ztg.* 1895. No. 66.)

Schultzen stellt aus der Gerhardtschen Abteilung vor:

1. Einen Goldarbeiter mit **lokaler Argyrie** an den Händen in Gestalt punktförmiger, blauschwarzer Einsprenkelungen und gröfserer, hellblauer Flecke; letztere zeigen verwaschene Grenzen und sind die älteren, erstere sind scharf begrenzt.

2. Einen tuberkulösen, 17jährigen Bäckerlehrling, dessen Hände an der Dorsalfläche gleichmäfsig, graublau, livide verfärbt sind, teilweise eine atrophische, narbenartige Haut zeigen. In der Kindheit sollen hier geschwürige Prozesse bestanden haben. Aufserdem findet man, teils gruppiert, teils disseminiert, kleine, braunrote Hervorragungen und schwarzbraune Punkte. Ähnlich, wenn auch nicht so stark, sind die Zehen verändert. Wahrscheinlich handelt es sich um eine **Tuberculosis cutis verrucosa.**

Jesmer-Königsberg i. Pr.

IX. Französischer Chirurgen-Kongrefs.

(Paris 21.—26. Oktober 1895.)

Guyon entwickelt seine Erfahrungen **über die Resektion der Vasa deferentia und ihren Einfluſs auf den Zustand der Prostata.** Er kommt dabei zum Schlusse, dafs genannte Operation in Fällen von Prostatahypertrophie bei weitem nicht die günstigen Erfolge liefere, wie die Kastration, doch könne erstere bei gewissen Komplikationen des „Prostatismus" (Orchitis, Epididymitis) gute Dienste leisten.

Die Kastration bei Prostatahypertrophie. Albarran konstatiert, daſs sich nicht nur bei Tieren (also bei normalen Organen), sondern auch bei hypertrophiertem Organe eine Atrophie und Aufhebung des kongestiven Zustandes der Prostata nach der Kastration nachweisen läſst. Beim Tiere treten diese Veränderungen ziemlich rasch nach der Operation ein, wie der histologische Befund ergiebt. Legueu und Socin teilen die Ansichten A.'s vollständig.

Über die Indikationen der Prostataresektion bei den Prostatikern. Desnos konstatiert, daſs diese Operation bisher in Frankreich noch nicht ausgeführt worden ist. Nach Guyon u. a. ist auch der als „Prostatismus" zusammengefaſste Symptomenkomplex die Folge nicht nur eines lokalen Prozesses, sondern eines solchen, der sich über einen groſsen Teil des Urogenitaltractus erstreckt, so daſs man neben der Prostatahypertrophie noch meist Blasenstörungen findet. D. glaubt aber, daſs die Resektion der Prostata da indiziert sei, wo diese Blasenstörungen fehlen oder nur schwach accentuiert sind. Er hat auch unter 22 Fällen 15 Besserungen und Heilungen zu verzeichnen gehabt und erwähnt als besonderen Erfolg das Ausbleiben der Recidive. Bei Patienten im Alter von über 65 Jahren läſst die Operation immer im Stiche.

Routier rühmt die Vorzüge (neben der Ungefährlichkeit und Leichtigkeit der Ausführung) des **„cathétérisme rétrograde" bei den Prostatakranken.** Er macht über dem Os pubis einen bloſs 2 cm langen Einschnitt in die Blase, damit mit dem Finger der Blasenhals untersucht werden kann. Durch dieselbe Öffnung wird ein Bougie eingeführt, an welches ein Dauerkatheter befestigt und durch die Urethra gezogen wird.

Albarran berichtet über seine Erfolge in **80 Fällen von Lithotritie** wegen Phosphatsteinen (46), Uratsteinen (29), Urophosphatsteinen (4) und Oxalatsteinen (1). Der schwerste Stein wog 87,0 und maſs 0,065 m in seinem längsten Durchmesser. In $^2/_3$ der Fälle bestanden Blasenkomplikationen, in mehreren Pyelonephritis. Alle Patienten heilten bis auf einen, der an den Folgen der Operation starb. Auf diese Resultate stützt A. die Behauptung, daſs die Lithotritie eine gefahrlose Operation, die auch meist leicht auszuführen ist, obschon ihr einige Chirurgen, die mit ihrer Ausführung weniger vertraut sind, die Cystotomie vorziehen. Den Vorwurf, welcher der Operation öfters gemacht wird, daſs häufig Fragmente in der Blase zurückbleiben, weist er mit der Erklärung zurück, daſs die Blase nach der Operation leicht mit dem Cystoskop auf ihren Inhalt untersucht werden kann.

Gestützt auf seine günstigen Erfolge in sechs Fällen von **Sectio hypogastrica** (fünfmal wegen Blasensteinen, einmal wegen hartnäckiger Hämaturie), zählt Jonnesco die Vorteile der Operation, zumal im Vergleiche mit dem Perinealschnitte, auf.

Pousson spricht **über den Wert der chirurgischen Intervention bei Blasentumoren,** und zwar auf Grund von acht Fällen (3 Papillome, 5 Epitheliome). Er glaubt nicht, daſs die partielle oder lokale Cystektomie bessere Resultate liefere, als die bloſse Exstirpation. Er hat die Beobachtung gemacht, daſs im Mittel die Lebensdauer der nicht operierten Patienten nach ihrem Spitaleintritt fünf Wochen, diejenige der operierten aber $1^1/_2$ Jahre beträgt.

Picqué und Rebland erwähnen zwei Fälle von **schwerer Hämaturie ohne anatomisches Substrat (renale Hämophilie).** Der eine Fall heilte durch Nephrotomie, der andere dadurch, daſs die Niere freigelegt und die Wunde wieder vernäht wurde, nachdem man konstatiert hatte, daſs das Organ gesund erschien. Albarran und Routier wenden hiergegen ein, daſs es sich in solchen Fällen öfters um Nierentuberkulose handeln könne, welche die Nephrektomie erfordert.

Bei einem 18jährigen Burschen führte Lentz die **Nephrolithotomie wegen**

eines voluminösen Nierensteines aus, welcher während vieler Jahre Schmerzen (nach dem Marsche) und Hämaturien verursacht hatte. Heilung.

Lavaux berichtet **über zwei Fälle von primärem Phosphatharngries.** Die Harnwege befanden sich in einem normalen Zustande, der Urin war aseptisch, zeigte aber meist neutrale oder alkalische Reaktion. Diese Alkalescenz des Harns betrachtet L. als die Ursache der Phosphatniederschläge. Da aber die Phosphaturie relativ häufig, Steinbildung aber selten vorkommt, so gehört zum Zustandekommen der letzteren noch ein weiterer Faktor, das Vorhandensein von organischen, etwa aus dem Darmtractus resorbierter Substanzen, von Toxinen. Die Therapie hat also diese beiden Merkmale zu berücksichtigen.

Boiffin erwähnt eines Falles von **vollständiger Epispadie** bei einem 15jährigen Knaben: künstliche Blasenhalsbildung nach Symphyseotomie, künstliche Bildung einer Urethra.

Jonnesco referiert über einen Fall von Acne hypertrophica (junger Mann), bei dem er nach Dekortikation der Nase die **totale Rhinoplastik** ausführte, wozu er ein Stück Haut aus dem Arme des Patienten verwendete; der Hautlappen blieb sieben Tage lang mit dem Arme in Verbindung (Fixation der Extremität an den Kopf mittelst Wasserglasverband) und wurde dann durchtrennt. Das Resultat war ein vorzügliches. (*Sem. méd.* 1895. No. 52, 53, 54. *C. Müller-Bern.*

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. April 1895.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Oktober 1895.)

Dr. Fordyce zeigt einen **Fall von neurotischem Ekzem** bei einem 12jährigen Knaben. Der Ausschlag ist charakterisiert durch ganz kleine Papeln und papulöse Bläschen längs der hinteren Fläche des rechten Oberschenkels, am Unterschenkel und auf der Dorsalfläche des rechten Fufses. Die Papeln zeigen stellenweise die Neigung, sich zu gruppieren, aber diffuse Plaques, wie sie beim Ekzem vorkommen, sind nicht vorhanden. Die Efflorescenzen verursachen intensives Jucken. Das klinische Bild der Affektion sei nicht das eines Herpes zoster, obwohl die Verteilung längs des Verlaufes einzelner Hautnerven lebhaft daran erinnerte.

Diskussion. Dr. Sherwell, Bulkley, Jackson sind mit der Diagnose einverstanden.

Dr. G. H. Fox erinnert sich eines Falles, bei welchem sich eine eigentümliche, krustige, ekzematöse Stelle auf dem Scheitel befand und von der aus ein etwa zwei Zoll breiter Streifen bis zur Haargrenze verlief. Redner könne nicht sagen, ob dies im Verlaufe eines Nerven gewesen sei.

Dr. Bronson zählt den Fall zur Klasse der neuritischen Ekzeme, im Gegensatze zum neurotischen Ekzem.

Dr. Klotz kann in dem vorliegenden Falle unter den Efflorescenzen keine Bläschen finden, weshalb er die Diagnose in suspenso lasse. Auch bei verschiedenen anderen Hautaffektionen, bei Syphilis, Lichen planus, lokalisierten sich die Efflorescenzen zuweilen im Verlaufe oder im Bezirke eines Nerven.

Dr. Fox bemerkt, dafs in gewissen Fällen von Lichen planus die Läsionen die Neigung zeigten, einen Gürtel um die Taille zu bilden. In einzelnen Fällen sei die Konfiguration und Lokalisation der Efflorescenzen sehr ähnlich derjenigen bei Herpes zoster.

Dr. Sherwell stellt einen **Fall von Alopecia areata** vor. Die Patientin ist eine 27jährige Frau, die drei gesunde Kinder geboren und keine Aborte gehabt hat. Seit der letzten, etwas vorzeitigen Entbindung fühlt sie sich nicht mehr so wohl.

Vor sechs Wochen begannen die Haare zunächst auf einer umschriebenen Stelle des Scheitels auszufallen. Nach und nach fielen die Haare am ganzen Körper aus. Der Ehemann der Patientin ist angeblich gesund. Die Kranke selbst klagt gegenwärtig nur über zeitweilige Nervosität und Herzklopfen.

Über die Natur des Haarausfalles bei der vorgestellten Patientin sind die Meinungen der anwesenden Mitglieder geteilt. Die einen führen denselben auf Syphilis, die anderen auf Parasiten zurück. SHERWELL selbst ist geneigt, die Alopecie als eine rein neurotische anzusehen. Bei der Syphilis sei der Haarausfall kein so rapider.

Dr. JACKSON weist auf die von RAYNAUD warm empfohlene Behandlung der Alopecie hin, die eine vollständige Heilung innerhalb von 50 Tagen bewirken soll.

℞ *Hydrargyr. bichlor. corros.*	0,5
Tinct. cantharid.	25,0
Bals. Fioraventi	50,0
Aq. Coloniens.	150,0

Nachdem die Kopfhaut mit Karbolseife am Morgen gewaschen ist, wird die obige Lösung mit einem Pinsel für 1—2 Minuten in die Haut eingerieben. Am Abend kommt folgendes Haaröl zur Anwendung:

℞ *Acid. salicyl.*	2,0
Naphtol-β	10,0
Ac. acet. in Krystallen	15,0
Ol. ricini	100,0

In einem auf diese Weise behandelten Falle, der bereits vier Jahre bestanden hatte, trat bereits innerhalb von 40 Tagen vollständige Heilung ein. Bei einem anderen Falle war die Behandlung ohne besondere Wirkung.

Einen **Fall von Rosacea hypertrophica** stellt Dr. PIFFARD vor. Der 64jährige Patient ist früher ein starker Trinker von sauren Weinen gewesen. Die zahlreichen Auswüchse an der Nase hat Vortragender in drei Sitzungen ohne Anwendung von Anaesthetica entfernt.

Dr. Fox glaubt, dafs das Rhinophym weit häufiger in Deutschland, als in Amerika vorkäme.

Dr. ALLEN hält es für vorteilhafter, die Massen in einer Sitzung unter Anwendung der Narkose zu entfernen. Hält man es für ersprieſslich, langsamer zu arbeiten, so sollte man anstatt des Messers die Elektrolyse versuchen.

Dr. BULKLEY und Dr. KEYES raten zur radikalen Operation mit nachfolgender Transplantation.

Dr. Fox hat von der Elektrolyse in zwei Fällen sehr gute Resultate erzielt, doch möchte er diese Behandlungsmethode, weil mühsam und schmerzhaft, nicht der radikalen Entfernung mit dem Messer vorziehen.

Dr. H. MORTON und Dr. J. WINFIELD stellen jeder einen **Fall von Lepra anaesthetica** vor. Von Interesse ist, dafs beide Fälle einer Mischrasse angehören, dafs in der Familie der Patienten sonst keine Lepra herrscht, noch, soweit sich dies eruieren liefs, geherrscht hat, dafs der erste Lepröse in Brooklyn, der zweite ebenfalls in einer leprafreien Gegend der Vereinigten Staaten erkrankt ist.

Die Diskussion dreht sich wesentlich um die Frage, ob die Lepra kontagiös oder nicht kontagiös sei.

Dr. BULKLEY sagt, es sei zweifellos, dafs die Krankheit sich auch in den Vereinigten Staaten entwickle. Er habe 2—3 Fälle beobachtet, bei denen sich die Lepra in der Nähe von New York entwickelt habe, ohne dafs irgend ein anderes Mitglied derselben Familie leprös gewesen wäre. Die Bezeichnung „kontagiös“ sei auf die

Lepra nicht gut anwendbar. Er behandle sie, wie wenn sie keine kontagiöse Krankheit wäre. Er sei nicht für Isolierung der Patienten.

Dr. Sherwell hält es nicht für wahrscheinlich, auch kaum für möglich, dafs die Lepra in Amerika epidemisch werden könnte. Wohl sei sie unter gewissen Umständen, besonders klimatischen Bedingungen, kontagiös und wahrscheinlich auch überimpfbar. Eine Isolation der Patienten halte er nicht für notwendig. Weit mehr sei auf eine geeignete hygienische und medizinische Behandlung zu achten.

Dr. Piffard und Dr. Fox stimmen mit dem Vorredner bezüglich der Übertragbarkeit der Lepra und der Isolierung der Patienten überein.

Dr. Allen meint, wenn er, durch mannigfache Beispiele belehrt, die Lepra für eine übertragbare Krankheit ansehe, so halte er dennoch die vollständige Isolierung, insbesondere die Verbannung der Patienten nach abgelegenen, unwirtlichen Inseln, um dort die Unglücklichen bis zu ihrem Tode festzuhalten, für einen unserer viel gerühmten Civilisation ganz unwürdigen und inhumanen Akt.

In ähnlicher Weise wie, Bulkley und Sherwell, sprechen sich Dr. Bronson, Elliot und Morrow aus. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1895. Heft 8—9.

I. **Die Behandlung der Psoriasis mit Schilddrüse**, von Georges Thibierge. T. hat elf Psoriasiskranke eine längere Zeit hindurch ausschliefslich mit frischer Schilddrüse behandelt und sie während dieser Zeit einer sorgfältigen Beobachtung unterzogen. Wie alle anderen Forscher, so kommt auch er zu dem Schlufs, dafs Schilddrüse und deren Präparate zur Behandlung der Psoriasis nicht geeignet seien; nur, wo jede andere Therapie im Stiche gelassen, dürfe man zu diesem „remède de désespéré“ greifen.

War nun auch diese Versuchsreihe für die Therapie ziemlich furchtlos, so war sie dafür an interessanten klinischen Beobachtungen um so ergiebiger.

T. bediente sich ausschliefslich der frischen, ungekochten Schilddrüse, die, in kleinere Stücke geschnitten, in Bouillon verabreicht wurde. Da auch ihm, wie andern, Verwechslungen mit anderen Drüsen (Thymus, Speicheldrüsen) begegnet waren, so untersuchte er das Präparat anfangs mikroskopisch. Die Mengen wurden den Patienten täglich zugewogen und schwankten im Mittel zwischen 2—7 g. Jede andere Therapie war während der 18—54 tägigen Dauer dieser Behandlung ausgeschlossen. Bei allen Patienten war eine merkliche Steigerung des Pulses, bis zu 100 Schlägen und darüber in der Minute zu verzeichnen, ohne jemals in seiner sonstigen Beschaffenheit verändert zu sein. Der Einfluſs auf die Körpertemperatur war belanglos; dagegen klagten alle Kranken über Schmerzen in den verschiedensten Körpergegenden, namentlich Stirnkopfschmerz. Auch Verdauungsstörungen mit Daniederliegen des Appetits gehörten in den ersten Tagen der Behandlung zur Regel; später stellte sich bei manchen Patienten ein wahrer Heifshunger ein. Gleichmäfsig kam auch bei fast allen Patienten während der Fütterung mit Schilddrüse ein wesentlicher Gewichtsverlust — der sich im Fall I sogar auf 9 kg belief — zur Beobachtung. Nach Aussetzen des Mittels freilich wurde dieser Verlust rasch wieder ersetzt und überkompensiert.

Von den Körpersekretionen wurde nur die der Nieren einer dauernden Untersuchung unterzogen. Diese war meist etwas vermehrt und immer eiweifsfrei. Was

nun die Einwirkung auf die Psoriasis anbelangt, so war eine solche in acht Fällen unverkennbar vorhanden. Die Röte nahm ab, die Schuppen wurden weniger, dünner und farbloser; die einzelnen Heerde wurden kleiner, verschwanden auch wohl ganz. Daneben traten auch noch während der Behandlung neue Psoriasisheerde auf, und es gelang niemals, die früher vorhandene Durchfütterung mit der Drüse gänzlich zu beseitigen.

Einem der Patienten war es während der Behandlung gelungen, sich in den Besitz eines halben Liters Rum zu setzen; er trank diese Menge in einer Sitzung aus und ging nach etwa 14 Stunden komatös zu Grunde.

II. **Die Aktinomykose im Südwesten von Frankreich**, von W. Dubreuilh und D. Frèche. Die Abhandlung bringt neben sieben Beobachtungen eine genaue Symptomatologie der Krankheit, die aber für den deutschen Leser nichts Neues enthält. In Frankreich sind bis jetzt erst wenige Fälle von Aktinomykose bekannt geworden; die Verfasser meinen aber, dafs die Krankheit auch dort häufiger vorkomme, aber noch vielfach verkannt werde.

III. **Über eine Familienerkrankung, bestehend in Veränderungen der Haare und Nägel**, von C. Nicolle und A. Halipré-Rouen. Die Erkrankung, über die die Verfasser berichten, läfst sich durch sechs Geschlechter hindurch verfolgen und kam an 36 Familienmitgliedern zur Beobachtung. Am ausgesprochensten zeigte sie sich bei dem 18jährigen Emile D., den die Verfasser einer eingehenden Untersuchung in der Klinik unterziehen konnten. Derselbe war vollkommen schwachsinnig, es liefs sich keine Spur von Schilddrüse bei ihm nachweisen. Seine Haare sind äufserst spärlich, kurz, zart und weifs, lassen sich auch in Büscheln leicht ausreifsen. Der Übergang von den Kopfhaaren zu dem feinen Wollhaar des Gesichts läfst sich kaum bestimmen, da beide sich nicht viel voneinander unterscheiden. Es scheint, als ob auf der Kopf- und Gesichtshaut unregelmäfsige Bezirke vorhanden sind mit blasserer Färbung, als ihre Umgebung, auf denen die Haare vollkommen weifs und sehr leicht ausreifsbar sind.

Das Nagelglied sämtlicher Finger ist vergröfsert, ödematös, die Nägel sind hypertrophiert, länger und dicker, als gewöhnlich; sie sehen wie geschuppt aus und haben Neigung, sich an ihrem freien Rande umzukrümmen. Sie sind äufserst brüchig, in der Mitte zum Teil durchgebrochen; zum Teil sind sie vom Nagelbett losgelöst; ihr freier Rand ist durchweg schwarz. Die Rücken- und Seitenflächen der letzten Phalangen sind in schmutzige Geschwürsflächen verwandelt, die scheufslich stinken. An den Fufsnägeln sind die Erscheinungen weniger ausgesprochen; hier fehlen die Geschwüre auch gänzlich. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1895. No. 9.

I. **Über die Urethroskopie nach Nitze-Oberländer und die Behandlung des chronischen Trippers nach Oberländer und Kollmann**, von Menahem Hodara. Der Artikel ist die Fortsetzung der Arbeit in No. 8 der *Annales* und enthält im wesentlichen die Schilderung des von Nitze angegebenen und von Oberländer modifizierten Urethroskops, die Art seiner Anwendung, eine Abbildung des von Kollmann für endoskopische Untersuchungen konstruierten Stuhles, endlich in ziemlich ausführlicher Weise die urethroskopischen Befunde bei normaler und durch Blennorrhoe veränderter Harnröhrenschleimhaut. Alle diese Angaben finden sich in *Oberländers Lehrbuch der Urethroskopie*, als dessen Auszug der Artikel von Hodara erscheint.

II. **Bemerkung über die Operationstechnik bei Behandlung der Hydrocele mittelst Jodeinspritzung**, von Pousson. Verfasser läfst natürlich den hohen Wert

der Radikaloperation bestehen, glaubt jedoch, daſs für die meisten Fälle von Hydrocele die einfachere Methode der Punktion mit nachfolgender Jodinjektion passend sei. Hierfür empfiehlt er folgendes Vorgehen: Die Einstichstelle mache man durch Besprühung mit Chloräthyl unempfindlich, steche dann ein, entleere die Flüssigkeit und injiziere nun mittelst eines Trichters so viel einer 2—3prozentigen Antipyrinlösung, als der Sack faſst. Die den Schmerz herabsetzende Wirkung des Antipyrins bei der später folgenden Jodinjektion sei sehr bedeutend. Die Antipyrinlösung läſst man nach 5—10 Minuten wieder heraus, dann folgt erst die Einführung der reinen oder etwas verdünnten Jodtinktur (ebenfalls durch einen Trichter). Nun wird der Hoden leicht massiert, die Jodtinktur entfernt, der Troicart herausgenommen; nach kurzer Massage der Hodensackhüllen wird ein komprimierender Watteverband angelegt.

Ein Teil der Kranken empfand in keinem Abschnitt der Operation irgend ein Schmerzgefühl, einige Patienten empfanden nur in dem Momente, da die Jodtinktur in die Tunica vaginalis eindrang, einen lebhaften, in die Nierengegend ausstrahlenden Schmerz, dessen Dauer jedoch 10—20 Sekunden nicht überstieg. Die weitere Nachwirkung war mäſsig, keiner der Operierten hatte länger als sechs Tage zu Hause zu bleiben.

III. **Über die Steine der Pars prostatica urethrae**, von Legueu. (Aus der Guyonschen Klinik.) Im Vergleich zu der groſsen Zahl von Blasensteinen sind Steine im prostatischen Teile der Harnröhre selten. In der Guyonschen Klinik wurden in den letzten Jahren drei Fälle beobachtet und durch die Sectio mediana glücklich operiert; dieselben werden hier ausführlich beschrieben und kritisch besprochen; hiervon sei einiges hervorgehoben.

Zunächst wird betont, daſs der öfters gebrauchte Ausdruck „Prostatasteine“ mit Unrecht bestehe. In dem Gewebe der Prostata, in den Drüsenhohlgängen bilden sich solche Konkremente überhaupt nicht. Wohl aber giebt es Steine der Pars prostatica urethrae, jedoch kommen diese dorthin erst von einem anderen Punkte des Harnapparates, am häufigsten stammen sie aus der Blase. Diese Steine können der Blase mehr oder weniger nahe liegen, sind entweder beweglich, verschiebbar oder fest, nicht vom Platze zu bringen. Zur letzteren Kategorie gehörten die drei operierten Fälle.

Um diese Steine festzuhalten, erfährt die Pars prostatica urethrae folgende Veränderungen: entweder bildet sich in der Prostata selbst durch Ausdehnung der Harnröhre eine Höhlung, in welcher der Stein Platz findet, oder die erweiterte, trichterförmig sich ausbauchende Pars prostatica setzt sich ohne Grenzlinie in den Blasengrund fort, wobei der Blasenhals selbst an dieser Erweiterung teilnimmt. Dann befinden sich die Steine sowohl in der Blase, wie in der Prostata, manchmal sogar am Eingange der Pars membranacea. Nach ihrer Entfernung dringt der Finger bis in die Blase, ohne irgend was zu finden, was an die normale Enge des Blasenhalses erinnert. Dieser bleibt jedoch bestehen, wenn die Pars prostatica allein sich ausdehnt. Freilich können dann eigens noch Steine in der Blase sich vorfinden.

Es ist sicher, daſs die Steine der Pars prostatica nicht in der Prostata selbst entstehen; sie wandern ein, werden aufgehalten und vergröſsern sich allmählich nach jeder Richtung. Dies kann schon frühzeitig geschehen. Zu der Zeit, da die Prostata sich noch nicht entwickelt hat, also in der Kindheit, gelangen sie in die Gegend des Blasenhalses und den Anfangsteil der Harnröhre, machen bereits gewisse Symptome, Inkontinenz; allmählich rücken sie dann vor.

Die funktionellen Zeichen, welche durch die Anwesenheit dieser Steine der Pars prostatica hervorgerufen werden, haben vielfache Ähnlichkeit mit den durch Blasen-

steine bewirkten, doch bestehen gewisse Unterschiede. So sind die Hämaturien von Anfang an weniger deutlich, mehr unregelmäfsig, die Erscheinungen der Retention herrschen vor, der Stein bereitet Hindernisse, die Blase entleert sich nicht oder nur schwierig, daraus entsteht eine falsche Inkontinenz. Die Schmerzen sind nicht immer bedeutend, aber die Störungen von seiten des Mastdarms sind mehr ausgesprochen; es bestehen Stuhlzwang und sehr lebhafte Schmerzen im Momente des Stuhlabsetzens. Bei einem der erwähnten Kranken bestand sogar Prolaps der Mastdarmschleimhaut. Diese Zeichen sind indessen nicht völlig charakteristisch, erst die Sondenuntersuchung und die vom Mastdarm ausgeübte Palpation sichern die Diagnose. Die Palpation gewinnt nicht stets das Gefühl vom Vorhandensein eines Steines, aber eine abnorme Empfindlichkeit, ja sogar ein Schmerz bei Druck auf die Prostatagegend läfst an Stein denken. Oft konstatiert man auch am gleichen Punkte eine feste Härte, die Widerstand leistet, sehr deutliche Krepitation, wenn beim Vorhandensein mehrerer Steine der eine am anderen sich reibt. Diese Sensationen gewinnt man schon bei Betastung des Anfangsteils der Prostata, und sie werden deutlicher, je mehr man mit dem Finger der Blase zu sich nähert.

Für die Behandlung der Steine der Pars prostatica urethrae kommt die Gröfse und die Beweglichkeit der Steine in Betracht. Sind sie klein und beweglich, so ist es am besten, dieselben in die Blase hineinzuschieben und dann die Lithotripsie anzuwenden. Sind die Steine jedoch grofs und schwer beweglich, so ergiebt sich die Sectio mediana als die rationellste Operationsart, ihre Indikation ist in diesen Fällen nicht zu bestreiten.

1895. No. 10.

I. **Über die Anwendung des Formols in der Behandlung der Harnwege,** von Lamarque-Bordeaux. Das auf anderem Gebiete verwertete Formol hat Verfasser bei Erkrankungen der Harnorgane versucht. Seine Versuche beziehen sich auf 24 Patienten, welche an folgenden Affektionen litten: akute und chronische Blennorrhoe der Harnröhre und Blase, Cystitis tuberkulosa und Cystitis purulenta aus verschiedenen Ursachen.

Seine Erfolge waren wohl beachtenswerte: nämlich vier sehr schnelle Heilungen, vier bedeutende Besserungen, vier mittlere Besserungen, zwei teilweise Besserungen, zwei vorübergehende Besserungen, endlich vier Mifserfolge.

Verwendet wurde die 40%ige Lösung (Formalin), welche als Einheitslösung gilt Mit ihr wurden die Lösungen bereitet, welche zu den Injektionen, Spülungen und Einträufelungen benutzt wurden.

Speziell wäre folgendes hervorzuheben: Das Formol ist wohl im stande, in gewissen, noch nicht im voraus zu bestimmenden Fällen sowohl akuten, als chronischen blennorrhoischen Ausflufs günstig zu verändern. Aber sowohl auf die Spülung, wie auf die Einträufelung erfolgt häufig eine heftige, schmerzhafte Reaktion, welche zwar nur etliche Minuten dauert, aber so heftig werden kann, dafs die Behandlung mit Formol wegbleiben mufs. Hierbei ist zu erwähnen, dafs die von Lamarque benutzten Konzentrationen vorsichtig genommen wurden: 1:500 für Spülungen, 1:100 für Instillationen. Über die Art und Zeit des Verschwindens der Gonokokken enthält die Arbeit keine Andeutung.

Eine besondere Berücksichtigung verdienen die Resultate mit Formol bei tuberkulöser Cystitis. Unter fünf Fällen, die damit behandelt wurden, ergab sich zweimal eine bedeutende, dreimal eine wirkliche Besserung bei der Formoltherapie. Darunter befindet sich ein Fall, der zwei Jahre lang vergeblich mit Jodofom und Sublimat behandelt worden war. Bei diesem wurden Formolspülungen 1:500 gebraucht, in den übrigen Fällen Einträufelungen. Unter dem Einflusse dieser Behandlung schwand

das Blut aus dem Urin, minderte sich der Schmerz und verminderte sich deutlich der Harndrang. Wahrscheinlich übt das Formol eine beträchtliche sterilisierende Wirkung auf gewisse Gewebe aus und ist dem Gedeihen des Tuberkelbacillus hinderlich.

In praktischer Hinsicht erscheint noch erwähnenswert, daſs die durch Formol entstehenden unangenehmen Empfindungen und Reizungen sich mildern lassen, wenn Antipyrin vorher injiziert wird.

Im allgemeinen erscheint jetzt bereits Formol als brauchbar für die Therapie der Harnorgane, weitere Erfahrungen sind jedoch noch wünschenswert.

II. **Über die Anuria calculosa**, von Legueu. In einem sehr ausführlichen (45 Seiten langen) und bemerkenswerten Artikel bespricht Verfasser hauptsächlich vom chirurgischen Standpunkte aus jene Anurie, welche infolge Verletzung der oberen Harnwege durch Steine entsteht. Bei dieser Gelegenheit giebt er genau fünf Fälle bekannt, welche er selbst und Prof. Guyon behandelt hatten. Bei allen wurde die Nephrotomie vollzogen, zwei Fälle genasen, drei nahmen einen tödlichen Ausgang. Auch ein Fall von völliger zehn Tage dauernder Anurie reflektorischen Ursprungs, nach Instillation von Argentum-nitricum-Lösung in die Blase entstanden, wird ausführlich beschrieben; der von Guyon beobachtete Kranke erlitt durch diese Anurie keinen bleibenden Nachteil.

Die Anurie selbst teilt Legueu in drei Klassen: reflektorische, tonische und mechanische. Die erste Art sei selten, bestehe aber zweifellos, die tonische trete im Gefolge der Nierenentzündungen auf, das einwirkende Gift könne chemischer oder bakterieller Art sein, die Anurie kommt dadurch zu stande, daſs die Niere anatomisch und physiologisch zu Grunde ginge. Die mechanischen Anurien könnten verschiedene Ursachen haben: Druck von Beckengeschwülsten auf die Harnleiter, Fibrome und Carcinome des Uterus, Verdrehungen, Knickungen, Verengerungen der Ureteren; insbesondere seien Steine als mechanisches Hindernis am Auftreten von Anurie schuld. Hierbei ist folgendes hervorzuheben: Die Anurie zeigt sich nur bei denjenigen Individuen, welche nur mehr mit einer Niere leben. Die andere Niere hat seit länger oder kürzerer Zeit zu funktionieren aufgehört, oder die betreffenden Personen haben stets bloſs eine Niere besessen. Wenn dann in den einzigen bis dahin durchgängigen Harnleiter durch einen Stein der Weg versperrt wird, muſs die Anurie eintreten. Diese Thatsachen haben genügend oft durch Sektionen und klinische Erfahrungen Beweiskraft erlangt; zur Erklärung genügt das rein mechanische Moment, eine reflektorische Unterdrückung der Nierensekretion ist für diese Fälle abzuweisen.

Es ist klar, daſs der ärztliche Eingriff dahin trachten muſs, das Hindernis im Ureter zu beseitigen und dadurch den Kranken von seiner Anurie zu befreien. Der Erfolg wird bei rechtzeitiger und passender Operation häufig ein günstiger sein, wahrscheinlich wird sich schon in den nächsten Jahren bei besserer Indikationsstellung die Mortalitätsstatistik günstiger gestalten, als bisher. Freilich wird manchmal ein Fall zur Operation gelangen, in welchem neben der Steinbildung in der gleichen Niere Degeneration sich herausstellt, aber dann ist der Kranke ja überhaupt als verloren zu betrachten.

Vor dem chirurgischen Eingriff hat sich der Arzt die Fragen vorzulegen:

1. Handelt es sich um eine durch Steine bedingte Anurie?
2. Welches ist die betroffene Seite?
3. Wo sitzt das Hindernis?

Zur ersten Frage wäre zu bemerken: Erscheint die Anurie in brüsker Weise, ohne Schmerzen, fehlen frühere Nierenkoliken, fehlt jegliche Empfindlichkeit von seiten der Nieren, ist Hämaturie nicht vorhanden, so darf man die Anuria calculosa ausschliefsen. Wenn dagegen bei einer bewiesenermafsen steinkranken Person brüsker-

weise der Urin wegbleibt, mit oder ohne Schmerzen, wenn der Katheterismus oder Urinakt statt Harn etliche Tropfen Blut ergiebt, dann handelt es sich um eine Anuria calculosa.

Ad 2. Findet man keine Volumenzunahme der Niere, keinen spontan auftretenden Schmerz, so deuten ein durch Druck hervorzurufender Schmerz, ein gewisser Widerstand der Bauchwand, eine Empfindlichkeit des Ureters auf diejenige Seite als die erkrankte hin, in welcher man diese Symptome konstatieren kann.

Für die dritte Frage, nach dem Sitze des Hindernisses, lassen sich vor der Operation selten bestimmte Anhaltspunkte geben, doch hat die Erfahrung gelehrt, dafs sehr häufig der Fremdkörper in der oberen Partie des Harnleiters, nahe der Niere oder im Nierenbecken sich vorfindet.

Was den Zeitpunkt für eine Operation betrifft, so hatte Leguen früher den fünften Tag als denjenigen bezeichnet, bis zu welchem man warten könnte; gegenwärtig aber ist er der Ansicht, dafs man bei feststehender Diagnose schon früher operieren solle, die Resultate würden günstiger sich gestalten, als bisher.

Was die Operationsart betrifft, so hält Leguen die Nephrotomie für die passende Operation, um das Hindernis zu beseitigen, er verwirft die primäre Ureterotomie. Ob der Sitz des Hindernisses bekannt sei oder nicht, jedenfalls gelange man von der Niere aus leichter zu demselben, als in umgekehrter Richtung (vom Ureter aus). Ferner würde durch die Nephrotomie die Spannung in der kongestionierten Niere herabgesetzt und die Wiederaufnahme der Sekretion dadurch befördert. Findet man den Stein nicht, oder sitzt derselbe zu tief im Ureter, so sei ebenfalls die Öffnung der Niere und eventuell die Anlegung einer Lumbärfistel einer gefährlichen Operation im Becken vorzuziehen.

Nach vollzogener Nephrotomie soll man nach Leguen nicht versäumen, den Ureter in seinem Verlaufe von oben nach unten zu sondieren und so alle Hindernisse aufzudecken. Findet man einen Stein, so solle man ihn von unten nach oben zu bringen und dann zu entfernen suchen, freilich sei dies oft schwierig.

Die Anlegung einer lumbären Fistel sei natürlich stets nur ein Notbehelf, das Ideal müsse stets der völlige Verschluſs der Niere sein; dieser sei durch die Naht wohl erreichbar, prima intentio sei schon beobachtet worden, ohne dafs die Sekretion irgend einen Schaden litt.

III. **Naht des Hodensackes**, von Guelliot. Die genaue Vereinigung der Wundränder nach Incision in das Skrotum ist bekanntlich schwierig zu erreichen, weil die Ränder mit Vorliebe sich nach innen krempen. Um dies zu vermeiden, schlägt Verfasser folgende von ihm erprobte Methode vor: Man führe in einer Entfernung von $^1/_2$ cm von den Wundrändern aus einen Faden zweimal durch die Wundlippen, und zwar so, dafs man eine Naht in U-Form gewinnt; ist die Incision grofs, wiederholt man diese Naht zwei- bis dreimal. Man erreicht damit, dafs die Wundlippen, statt sich einwärts zu krempen, nach aufsen vorspringen. Man hat dann Mufse, über dieser U-Naht noch eine fortlaufende anzulegen, welche die beiden Lippen aneinander bringt; ein Faden genügt bei kleinen Incisionen, zwei Fäden sind nötig bei gröfseren Wunden. Die Vorteile dieser Nahtmethode seien: genaue Vereinigung der Ränder, Unterdrückung jeder blutigen Infiltration und eine kaum sichtbare Narbe.

IV. **Blasenreiniger (Hahn mit doppelter Wirkung)**, von Duchastelet. Der hier beschriebene Apparat gestattet, hauptsächlich durch die Einschaltung eines sinnreich konstruierten Hahnes, auf die Einspritzung in die Blase sogleich eine gründliche Entleerung folgen zu lassen, wobei die festen Stoffe und der Schleim nicht, wie sonst, im Blasengrunde liegen bleiben. Bequemlichkeit, Sterilisierbarkeit zeichnen den Apparat aus, dessen Details durch Zeichnungen im Original erklärt sind und am

besten daselbst zur Kenntnis gelangen. Die Fabrikanten sind Aubry & Gentile in Paris.

1895. No. 11.

I. **Der Schmerz als Krankheitszeichen**, von Professor Guyon. In sehr eingehender und klinisch mustergültiger Weise wird der Nutzen erörtert, den schon ein klinisches Symptom, der Schmerz, für die Diagnose und weiters für die Therapie der Erkrankungen der Harnorgane haben könne.

II. **Über den Wert des chirurgischen Eingriffes bei den Neubildungen der Blase**, von Pousson. Gleich am Anfange der Arbeit wird mit Recht betont, dafs die Berechtigung eines chirurgischen Eingriffes bei Blasengeschwülsten zur Zeit nicht mehr bestritten werden könne: die manchmal im Gefolge der Neubildungen sich einstellenden Harnbeschwerden, die Schmerzen und das gewöhnlich sich zeigende Blutharnen hören ja fast unterschiedslos auf, sobald die Blase eröffnet worden ist. Sind also die eben genannten Symptome von solcher Schwere, dafs sie das Leben der Patienten zu einem betrübenden gestalten oder gar direkt bedrohen, so drängt sich ein operativer Eingriff gewissermafsen von selbst auf. Ein solcher erscheint dem Verfasser ferner geboten, wenn nur eine Geschwulst von geringem Umfange, mit deutlich gestieltem Charakter oder beschränkter Einpflanzungsfläche vorhanden ist und in einer leicht erreichbaren Blasenzone sich befindet. Die gleiche Indikation gilt, wenn wenig zahlreiche Geschwülste eben geschildeter Art vorliegen.

Dagegen könnten diejenigen Fälle bezüglich eines operativen Vorgehens zu Meinungsverschiedenheiten führen, welche nur von Zeit zu Zeit durch Blutharnen, Schmerz und Harnbeschwerden dem Patienten etwas lästig fallen. Bekanntlich entwickeln sich manchmal Blasengeschwülste sehr langsam, können 10—20 Jahre dazu brauchen; ihre Gegenwart verursacht unter Umständen nur sehr geringe Störungen; es erscheint daher der zuwartende Chirurg nicht stets tadelnswert. Pousson jedoch nimmt den Standpunkt ein, man solle auch bei den Blasengeschwülsten möglichst früh operieren, dann seien die Erfolgsaussichten am besten.

Bestärkt wird er in dieser Ansicht durch die mit Sicherheit nachgewiesene Erfahrung, dafs in der Blase noch mehr als in anderen Organen Neubildungen, die viele Jahre alle Eigenschaften der Gutartigkeit darboten, von einem gewissen Moment an in aufserordentlich bösartige Geschwülste sich umwandelten.

Die für diese Frage in Betracht kommenden, bisher veröffentlichten Statistiken seien nach seiner Meinung nicht recht brauchbar; denn sie betrafen meistens Fälle, in denen lange nach dem Beginne des Leidens operiert wurde, Fälle mit schweren Symptomen und fast stets solche, in denen nur die einfache Exstirpation der Neubildung geübt wurde.

Indem nun Pousson selbst eine kleine, 16 Fälle enthaltende Statistik bringt, ist er sich bewufst, dafs diese ebenfalls die oben erwähnten Mängel teilweise in sich birgt, aber etliche Nutzanwendungen seien doch aus ihr zu ziehen. Insbesondere hebt er hervor, dafs beim Vergleiche der acht Operierten mit den acht Nichtoperierten die Frage der Fortdauer des Lebens zu Gunsten der Operation spräche. Dieselbe war stets eine Sectio alta; die Exstirpation der Geschwulst und ihrer Wurzeln wurde so weit und tief, als möglich war, durchgeführt, der Stiel bis in die Dicke der Wandung hinein abgetrennt, Auskratzung oder Kauterisation folgte nach. Die partielle Resektion der Blase war gewöhnlich unausführbar, aber diese habe noch eine Zukunft, während die totale Entfernung der Blase noch zu gefährlich erscheine.

Die Cystoskopie hat Pousson gewöhnlich zur Bestätigung der bereits gestellten Diagnose verwerten können; nur in einem Falle wurde erst durch diese Untersuchungsmethode die Anwesenheit eines Blasentumors festgestellt.

III. Neue Apparate und Instrumente für die Behandlung der Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, von JANET. Es handelt sich um folgende Neuheiten: 1. Um einen Waschtisch für die Zwecke der Sterilisation, 2. ein Operationsbett, 3. um eine Aufhängevorrichtung für die Spülungsapparate, 4. einen Kocher, 5. um sterilisierbare Spritzen für Injektionen und Einträufelungen in die Blase und sterilisierbare Kokainspritzen. Die Fabrikanten sind M. Gillet und M. Gentile in Paris.

Neuhaus-München.

Besprechungen.

Sexuale Neuropathie. Genitale Neurosen und Neuropsychosen der Männer und Frauen, von A. EULENBURG. (F. C. W. Vogel, Leipzig. 1895.) Die vorliegende Arbeit (die ursprünglich in kürzerer und vielfach abweichender Gestalt als ein Teil der von ZÜLZER-OBERLÄNDER herausgegebenen *Klinik der Harn- und Sexualorgane* erschien) könnte vermöge ihres Titels „Sexuale Neuropathie" an eine in sich abgeschlossene klinische Krankheitseinheit als Gegenstand der vorliegenden Darstellung denken lassen. Verfasser bezweckt jedoch, mit diesem Titel nur eine absichtlich unbestimmte Gesamtbezeichnung jener mannigfaltigen nervös-psychischen Störungsformen zu geben, die sich aus der engen funktionellen Verflachung höherer und tieferer Nervenzentren mit den sexuellen Organen und Organthätigkeiten ergeben.

Entsprechend der wesentlich verschiedenartigen Gestaltung der pathologischen Sexualvorgänge bei Mann und Weib, hielt es Verfasser für zweckmäfsig, trotz der nicht zu leugnenden gemeinsamen Berührungspunkte die Krankheitszustände beider Geschlechter zum Teil in getrennten Abschnitten darzustellen. Der Inhalt gliedert sich in drei Hauptabschnitte, welche die Neurasthenia sexualis, die genitalen Lokalneurosen und die krankhaften Anomalien des Geschlechtssinnes behandeln. Jedem dieser Hauptabschnitte ist ein erschöpfendes Littteraturverzeichnis beigegeben; ein treffliches Sachregister dient zur raschen Orientierung.

Die Neurasthenie faſst EULENBURG als eine wohlcharakterisierte funktionelle Neurose auf, da sie eine Veränderung der Nervenfunktion darbietet, die, bald in lokaler Beschränkung, bald mehr diffus auftretend, häufig nicht allzuweit über die physiologische Norm hinausragt, doch stets das pathologische Grenzgebiet streift. Unter sexualer Neurasthenie versteht er diejenigen neurasthenischen Zustände, bei denen die Symptome der reizbaren Schwäche, die excessive Erregbarkeit und leichte Erschöpfbarkeit im Bereiche der genitalen Nerven und im Zusammenhange mit den Erscheinungen des sexualen Lebens primär, oder besonders ausgeprägt und überwiegend hervortreten.

Die vereinzelten Fälle von sexualer Neurasthenie beim Weibe betreffen fast ausschliefslich Masturbantinnen. Den Ausgangspunkt bietet beim Weibe bald nur Hyperästhesie der Sexualorgane, bald eine wirkliche Lokalaffektion der Uterus und der Adnexe, zusammen mit der geübten Masturbation, vielleicht auch mit verfrüht und ungeschickt ausgeführten Coitusversuchen. Bei der Neurasthenia sexualis des männlichen Geschlechtes unterscheidet E. die spezifischen Lokalsymptome — und die der Irradiation, der interzentralen Reizausbreitung angehörigen Fernsymptome, die Erscheinungen diffuser oder „allgemeiner" Neurasthenie. Der Hergang ist so, daſs sich auf Grund der ätiologischen Momente (in erster Linie Krankheitsanlage, dann Onanie, blennorrhoische Erkrankungen, geschlechtliche Excesse, Ausschweifungen,

Mifsbrauch von Alkohol und Morphium, Wirbelverletzungen in der Lumbal- und Sakralgegend, namentlich auch der Coitus reservatus oder Congressus interruptus) zuerst die „lokale Genitalneurose" entwickelt; an die Symptome der Genitalneurose scheinen sich dann erst die Erscheinungen der spinalen und in weiterer Ausbreitung der cerebralen, der allgemeinen Neurasthenie anzuschliefsen. In anderen Fällen allerdings gehen allgemein neurasthenische Erscheinungen bei den betreffenden Individuen schon lange vorauf und erhalten durch die hinzutretende urogenitale Erkrankung oder Funktionsstörung nur eben jene spezifische Lokalfärbung.

Manche sexuelle Verirrungen, der zumal bei älteren Individuen öfters hervortretende Hang zu „sadistischen", den Coitus ersetzenden oder vorbereitenden Akten, lassen sich auf ein Hauptsymptom der Neurasthenia sexualis, die Impotenz, bezw. das Fehlen jeder Libido sexualis auf früher wirksame geschlechtliche Anlässe als Ausgangspunkt zurückführen. Verfasser erklärt dies damit, dafs die psychosexualen Erregungen dem Erektionszentrum nicht in der als Reizschwelle wirksamen Stärke zugeleitet werden, der Effekt bleibt daher aus. Da nun abnorme und bisher unerprobte Reize sich noch oft als wirksam erweisen, Libido und Erektionen hervorzurufen, hält Verfasser diesen Zustand für eine Quelle sexualer Perversionen.

Der zweite Hauptabschnitt (genitale Lokalneurosen) unterscheidet bei beiden Geschlechtern drei Unterabteilungen: die Sensibilitäts-, Motilitäts- und Sekretionsstörungen. Verfasser hat es verstanden, diesen Abschnitt, der weniger für sich abgeschlossene klinische Krankheitsbilder, als vielmehr Symptome, Teilerscheinungen, sei es nervöser oder anderweitiger Organerkrankungen, oder funktioneller Allgemeinerkrankungen (der Neurasthenie, Hysterie), darstellt, in vortrefflicher Weise zu schildern und eine zwangslose Darstellung der einschlägigen Störungen zu geben. Es würde zu weit führen, über die Darstellung so vielseitiger Störungen ein ausführliches Referat zu geben, wir heben daher die Schilderung der verschiedenen Hyper- und Parästhesien, die Neuralgien der Hoden und Nebenhoden (sog. irritable Testis und Neuralgia testis), die Neuralgia urethrae, die Prostataneurose, den Pruritus vulvae, Vaginismus, die Ovarie, Ovarialgie, die Anaphrodisie von Sensibilitätsstörungen als besonders lehrreich hervor. Neuralgie der Harnröhre kann bei chronischen Spinalerkrankungen, namentlich bei Tabes, bereits im Prodromalstadium vorkommen und ist wahrscheinlich, gleich den „lancinierenden Schmerzen", als ein von der Faserung der Hinterwurzeln ausgehendes degenerativ-neuritisches Symptom zu betrachten! Von Motilitätsstörungen sind besonders die irritativ-spastischen Zustände (Priapismus, krankhafte Pollutionen, Clitorismus), von Sekretionsstörungen die genitalen Hyper- und Parekkrisien (Spermatorrhoe, Prostatorrhoe), sowie die Hyper- und Anekkrisien (Aspermatismus, Azoospermie etc.) besonders zu erwähnen. Den vorgenannten Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen stellt E. auch ihre Gegensätze, die Hyper- und Anästhesien, Hypo- und Akinesen, gegenüber und giebt damit eine neue streng neurologische Nomenklatur und Klassifikation.

Der dritte Teil, der sich mit den krankhaften (quantitativen und qualitativen) Anomalien der Geschlechtsempfindung und des Geschlechtstriebes beschäftigt, bietet eine Fülle kulturhistorischer, wie auch kriminalpsychologischer hochinteressanter Ausblicke, die Verfasser zusammen mit dem reichen, meisterlich bearbeiteten fachärztlichen Material in gewandte geistreiche Form kleidet, so dafs dieser Abschnitt ohne weiteres auch dem gebildeten Publikum verständlich ist. Dankenswert ist auch die eingehende Berücksichtigung der Therapie dieser Anomalien. Wie schon oben erwähnt, betrachtet E. die quantitativen und qualitativen Anomalien des Geschlechtssinnes gesondert. Zu den ersteren rechnet er die abnorme Steigerung des Geschlechtstriebes (Hypererosie, Hyperlagnie), und andererseits die abnorme Verminderung des Geschlechts-

riebes (Hyperosie, Hypolagnie), ferner Satyriasis, Nymphomanie, zu den letzteren die heterosexuellen Anomalien und Aberrationen (geschlechtlicher Picacismus, Fetischismus, Exhibitionismus, Pygmalionismus, Sadismus, Masochismus, Algolagnie, Flagellantismus etc. und die homosexuellen Störungen, „Uranismus", „Feminismus" („Androgynie", „Effeminatio") als Äufserungen der Inversion des Geschlechtsinnes bei Männern, Sapphismus, die lesbische Liebe, Tribadie, die Viraginität und Maskulinität (Gynandrie) als Vorrecht des weiblichen Geschlechtes.

Der gediegene Inhalt, der wissenschaftliche Ernst, die vielfach eingeflochtene poetische und künstlerische Ausschmückung, die reiche Erfahrung des Verfassers, die treffende erschöpfende Kritik und Sichtung des Stoffes sichern dem ausgezeichneten Werke eine hervorragende Stelle in der medizinischen Litteratur.

Karl Ries-Berlin.

A System of Genito-Urinary Diseases, Syphilidology and Dermatology, von Prince A. Morrow. (Young J. Pentland, Edinburgh und London. 1894). Vor uns liegen zur Besprechung der zweite und dritte Band dieses hervorragenden Werkes, enthaltend Syphilis und Ulcus molle, sowie die Hautkrankheiten. Um eine recht unparteiische, allumfassende Darstellung der Dinge zu erhalten, hat Morrow die Einrichtung getroffen, dafs jedes Kapitel von einem Autor verfafst ist, der sich gerade besonders damit beschäftigt hat oder besondere Erfahrung darin hat. Wir bekommen so einen ganz ausgezeichneten Überblick über die verschiedenen Themata unserer Disciplin und finden vor allem für den Praktiker manchen Wink, manche kleine Mitteilung über Dinge, die in anderen, aus einer Hand hervorgegangenen Werken nur kurz und nebensächlich abgefunden sind. Manches Veraltete ist bei dieser Einrichtung übergangen, dafür aber der neueste Standpunkt der Wissenschaft, Bakteriologie etc. energisch berücksichtigt, vor allem ist auch die ganze, reichhaltige moderne Litteratur sorgfältig gesammelt und gesichtet worden. Vorzügliche Bilder in wahrhaft verschwenderischer Fülle, nach den neuesten Erfahrungen der Kunst, in Farben- und Tondruck, sind beigegeben und bilden eine wichtige und schöne Bereicherung des Werkes.

F. Hahn-Bremen.

Vestre-Hospital in 1894, von R. Berch-Kopenhagen. (39 S.) Ein detailliertes Autoreferat von diesem Jahresbericht wird wie gewöhnlich in *Virchow und Hirsch's Jahresbericht* gegeben werden, worauf an dieser Stelle hingewiesen werden soll.

Ludv. Nielsen-Kopenhagen.

Bericht der vierten Abteilung des Kommunehospitals für das Jahr 1894, von Haslund. Auf die Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten kamen 1894 im ganzen 2174 Patienten; 40 davon starben. Diese Fälle werden mit Angabe der Sektionsdiagnose näher spezifiziert; 8 von denselben wurden sterbend ins Hospital gebracht. An Hautkrankheiten wurden 991 Individuen behandelt: Scabies 202, Ekzem 139, Psoriasis 60 etc.; von selteneren Fällen gab es: Aktinomykosis 1, Dermatitis herpetiformis 3, Lichen ruber 1, Lichen simplex acutus (Vidal) 4, Lichen scrophulosorum 3, Pemphigus 7, Pityriasis rubra 1, Sclerodermia 2, Vaccina generalisata 1.

Die venerischen Krankheiten verteilen sich bei den Männern folgender mafsen: 423 Blennorrhoe (darunter 168 chronische), von Komplikationen gab es Epididymitis mit Funiculitis 140, akute Prostatitis 27, rheumatoide Affektionen 30 etc. Mit Ulcus molle wurden 12 Männer behandelt, alle mit Adenitis suppurativa, mit anderen Ulcerationsprozessen am Penis (nach Rupturen, Herpes etc.) 90 Männer; bei 15 von diesen entstand Bubo inguinalis; aufserdem kam eine nicht geringe Anzahl von anderen gewöhnlichen pseudovenerischen Krankheiten vor. An Initialsklerose wurden 20 Männer und an konstitutioneller Syphilis 350 Männer behandelt, nämlich

mit erstem Ausbruch: 193 (gegen 105 im Jahre 1893), mit zweitem 51 und mit späteren Ausbrüchen 106; 39 von diesen hatten tertiäre Syphilis, wovon 13 nie vorher behandelt gewesen waren und 10 nur sehr mangelhaft.

Von Weibern hatten 122 Blennorrhoe; von Komplikationen fand man Catarrhus canalis cervicalis 95, Vaginitis 36, rheumatoide Affektionen 4, Salpingitis 2 etc.; aufserdem kam eine nicht geringe Anzahl von gewöhnlichen pseudovenerischen Affektionen vor. Konstitutionelle Syphilis wurde bei 173 Weibern gefunden; bei 83 erster Ausbruch (gegen 53 in 1893), bei 21 zweiter und bei 69 spätere Ausbrüche; 28 von diesen letzten hatten tertiäre Syphilis, 9 von diesen waren wie früher behandelt worden, 6 nur unvollständig; aufserdem wurden 4 Weiber antisyphilitisch behandelt, welche mit neugeborenen syphilitischen Kindern in die Abteilung kamen, aber nie vorher unter Behandlung gewesen waren.

Von Kindern (unter 15 Jahren) waren 21 mit Syphilis congenita behaftet; davon starben 7; 13 Kinder hatten erworbene Syphilis und aufserdem ein 12jähriger Knabe mit unbekannter Anamnese, Syphilis tertiaria (wie vorher behandelt); endlich wurden 25 Kinder mit blennorrhoischen und pseudovenerischen Affektionen behandelt. Die gesamte Anzahl Fälle von Syphilis insontium war 23; unter diesen befand sich die Induration 1 Mal an der Tonsille, 1 Mal am Handgelenk, 1 Mal an der Ala nasi etc. In der mit der Abteilung verbundenen Poliklinik für Unbemittelte wurden 1894 2025 Patienten behandelt. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Physiologisches.

Über die antibakterielle Wirkung der Salben mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Konstituentien auf den Desinfektionswert, von E. Breslauer. (*Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh.* 1895.) Verfasser untersuchte zur Prüfung der Desinfektionskraft der Salben solche mit Adeps suillus, Vaselinum flavum, Lanolinum anhydricum, Lanolin, Unguentum leniens und Resorbin bereitete, aufserdem einige ölige Lösungen. Er benutzte dabei besonders die Methode von Spirig. Sterile Glasplättchen wurden in, die betreffenden Krankheitserreger enthaltende Aufschwemmungen getaucht, getrocknet, dann in die Salbe getaucht. Die Salbe wurde dann durch Äther entfernt und dann Kulturen angelegt. Geprüft wurde die Wirksamkeit auf Bacillus prodigiosus, Staphylococcus pyogenes aureus, Versuche mit Trichophyton tonsurans und Achorion Schönleinii scheiterten an technischen Schwierigkeiten. Als Resultat ergab sich, dafs Lanolin und Unguentum leniens in Verbindung mit Desinfizientien den weitaus gröfsten Desinfektionswert besitzen, während Vaselin Fett, und besonders Ol sich als weit weniger brauchbar erwiesen. Der Versuch an der lebenden Haut führte zu dem gleichen Ergebnis. Es ist also die Wahl des Konstituens für den antibakteriellen Wert der Salbe von gröfster Wichtigkeit. Wählt man diese richtig aus, dann ist den Salben eine antibakterielle Wirkung sicher eigen. Es scheint der Wassergehalt oder vielmehr die Wasseraufnahmefähigkeit der Konstituentien von Bedeutung für die Wirkung zu sein. Jedenfalls giebt diese Arbeit Veranlassung, in der Praxis diesen Umstand zu berücksichtigen und beispielsweise nicht Karbolvaselin, sondern Karbollanolin zu verschreiben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über merkurielle Albuminurie, von Heller. In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 23. Oktober 1895 hielt H. einen Vortrag über merkurielle Albuminurie. Er fand, dafs bei den Sublimatinjektionen nur 4 % Albuminurie beobachtet ist, während bei der Inunktionskur in 28 % und bei den Injektionen mit unlöslichen Quecksilbersalzen in 17 % Albuminurie sich zeigte. Deshalb kommt er zu folgenden Schlüssen: 1. Bei der Syphilis ist ebenso, wie beim Scharlach prophylaktisch der Harn zu untersuchen. 2. Albuminurie auf Basis der syphilitischen Allgemeinerkrankung ist im Eruptionsstadium sehr selten. 3. Bei der Anwendung der Sublimatinjektionen ist die Albuminurie viel seltener, als bei einer anderen merkuriellen Behandlungsmethode. 4. Bei jedem an Syphilis leidenden Nephritiker ist jedenfalls, sobald eine Quecksilberkur nicht zu vermeiden ist, die subkutane Sublimatinjektionsbehandlung anzuwenden, da sie die Nieren am wenigsten schädigt und eine genaue Dosierung und Kontrolle gestattet. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Europhen, von Edmund Saalfeld, Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1895. No. 11.) S. macht besonders auf die Reizlosigkeit des Mittels bei entzündeter Haut aufmerksam, weshalb er es besonders bei pustulösen Hautausschlägen und Follikulitiden empfiehlt. Als Europhen-Lanolinpuder (Europh. 5,0—10,0, Lanol. anhydr. 5,0, Talc. venet. q. s. ad 100,0) hat es ihm bei Fällen von Intertrigo in der Kinderpraxis sehr gute Dienste geleistet. Das Europhen vernarbt ferner schnell variköse (und einfache) Unterschenkelgeschwüre; die resultierende Narbe ist glatt, fest und elastisch. Bei sämtlichen Fällen von Ulcus molle sah S. ausnahmslos eine günstige Beeinflussung durch das Europhen, und er zieht es hierbei unbedingt dem Jodoform vor. Ebenso günstig hat es sich ihm bei anderen venerischen, resp. syphilitischen Affektionen der Haut, wie bei Primäraffekten, gummösen Geschwüren, aufserdem Papeln etc., gezeigt. Schliefslich empfiehlt er es auch rein oder in 10%iger Verbindung mit Collodium elasticum bei kleinen Schnitt- und Hautwunden und als Pulver bei Kauterisierungen, Skarifikationen, Phimosenoperationen, Schankerexcisionen und Bubonenoperationen.
L. Hoffmann-Berlin.

Zur Anwendung der Europhens, von Doermer. (*Flandre méd.* 1895. No. 16.) D. wandte Europhen in ca. 80 Fällen an und zwar in Form von Pulver bei Fisteln nach Drüsenoperationen, bei frischen Schnittwunden, Hautabschürfungen Unterschenkelgeschwüren etc., als 3%ige Salbe u. a. bei Brandwunden, mit Acidum boricum pulveratum gemischt (1:3) bei Unterschenkelgeschwüren, als Gaze (5 % und 10 %), bei allen möglichen frischen Wunden, bei Abcessen, Furunkeln, Karbunkeln, Phlegmonen, Drüseneiterungen etc. Verfasser lernte Europhen als ein vorzügliches Ersatzmittel des Jodoforms kennen. Er sah keine Vergiftungserscheinungen. Eine geradezu spezifische Wirkung spricht er dem Europhen bei Unterschenkelgeschwüren zu, welche er bei keiner anderen Behandlung so schnell heilen sah. Mifserfolge mit dem Mittel hat er überhaupt nicht zu verzeichnen. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Europhen, von William R. D. Blackwood. (*Charl. med. Journ.* 1895. Ein abgesagter Feind des Jodoforms wegen seines Geruches, hat Verfasser das Europhen als Ersatzmittel dafür bei den verschiedensten Affektionen angewendet und bewährt gefunden, u. a. bei harten und weichen Schankern mit ihrer membranösen Exsudation. Auf Grund seiner günstigen Ergebnisse in dieser Beziehung glaubt Verfasser, das Mittel zur Zerstörung von Membranen überhaupt, insbesondere diphtheritischer empfehlen zu können. Bei Blennorrhoe hat er es nur zur Nachbehandlung incidierter Bubonen gebraucht. Sehr zufriedenstellend war auch die Wirkung bei übermäfsiger Hautsekretion an den Genitalien; hier vermischte er es zu gleichen Teilen mit Stearin. Er hebt aufser der Wirksamkeit des Mittels auch die Möglichkeit seine

ökonomischen Verbrauches bei Hautkrankheiten gegenüber dem Jodoform hervor. Ein Fall von Psoriasis wurde endgültig und anscheinend dauernd geheilt (zehn Monate Beobachtungszeit). Bei Gesichtserysipel beseitigte das Europhen, mit Magnesia vermischt, vor allem das Gefühl der Spannung und des Brennens. Bei Pediculosis capitis ist es ebenso wirksam, wie unschädlich, selbst wenn etwas davon in die Augen kommt. Ein altes Unterschenkelgeschwür, welches bereits den Knochen angegriffen hatte, kam unter Europhen ebenso zur Heilung, wie ein schwerer Karbunkel. Toxische Wirkung hat Verfasser selbst bei innerlicher Darreichung niemals beobachtet.

A. Strauſs-Barmen.

Zur Anwendung des Europhens, von Prof. F. Waugh. (*Med. Journ.* 1895.) Verfasser empfiehlt das Europhen innerlich in Pillenform zu 0,05 in allen Fällen, wo die Wirkung des Jods als Alterans erwünscht, während er in Fällen, die eine Milderung eines Reizzustandes erfordern, das Jodoform vorzieht. Bei chronischer Urethritis und chronischer Endometritis wurden mit Europhen bessere Resultate erzielt, als mit irgend einem anderen Mittel. Bei der Hyperästhesie der Urethralschleimhaut, soweit sie nicht durch Striktur bedingt ist und als solche der Sonderbehandlung unterliegt, hat Europhen den günstigsten Einfluſs auch auf die begleitende Impotenz, den Blasentenesmus und andere Reflexsymptome. Er giebt 2,5 g Europhen auf 15 g Oleum petrolei und injiziert davon einige Tropfen täglich in die Pars prostatica urethrae. Der Erfolg ist innerhalb einer Woche erreicht. In ähnlicher Weise wurden die Symptome der chronischen Endometritis bekämpft. Bei Perimetritis werden nach der Menstruation, welche unter Jodoform mit Viburnum (= 0,25 g täglich) günstiger verläuft, werden einige Tropfen der obigen Mischung von Europhen und Oleum petrolei in den Uterus injiziert, alle drei bis vier Tage bis zur nächsten Periode. Diese ist dann schmerzlos, die perimetrischen Deposita werden resorbiert, und der Bakteriengehalt des Cavum uteri vernichtet. Verfasser berichtet über einem solchen Fall, in welchem die Patientin durch die anhaltenden Schmerzen zum Morphiummiſsbrauch getrieben worden war. Nach der Europhenbehandlung trat Heilung ein. Die einzige Kontraindikation für die Anwendung des Europhens erblickt Verfasser in der bei manchen Patienten vorhandenem Neigung zu Ekzemen. Hier wird das Jod augenblicklich abgehalten und wirkt stark örtlich reizend. Verfasser ist weit entfernt, das Europhen für ein Universalmittel zu halten, er glaubt aber, daſs mancher operative Eingriff durch seine Anwendung vermieden werden kann. *A. Strauſs-Barmen.*

Gieſshübl-Sauerbrunn, seine Kurmittel und Indikation für dieselben, von W. Gastl. (*Prag. med. Wochenschr.* 1895.) Die Wirkung dieser Quelle auf den menschlichen Organismus beruht hauptsächlich auf dem Gehalt an Kohlensäure, welche durch ihre Einwirkung auf das sensitive und reflektorisch auf das motorische Nervensystem einen regeren Stoffwechsel innerhalb des gesamten Organismus, also auch in den Nieren, herbeiführt und daher auch bei Katarrhen der Harn- und Geschlechtsorgane, bei Nieren- und Blasensteinen, bei Harn- und oxalsaurer Diathese, bei chronischen Nierenentzündungen und Albuminurie empfohlen wird.

A. Strauſs-Barmen.

A. Liscia-Livorno empfiehlt das **Ichthyol bei Phlegmonen, Lymphdrüsenschwellungen**, chronischen, besonders skrophulösen **Abscessen** und **Eiterungen**. Stets erfolgt eine rasche Abnahme der Eitersekretion, und auch in Fällen, die längere Zeit mit Sublimat und Jodoform erfolglos behandelt wurden, trat rasche Vernarbung und Heilung ein. (*Gaz. degli. osped. e. delle. clin.* 1895. No. 17.) *H. Einhorn-München.*

Über einige neuere Aluminiumpräparate, von Dr. Paul Koppel, Berlin. *Therap. Monatsh.* 1895. No. 11.) Unter dem Namen Borat, Cutol und Cutolum

solubile sind drei neue Aluminiumverbindungen in den Handel gebracht, von denen das Boral aus Aluminium mit Bor- und Weinsteinsäure besteht. Dasselbe bildet feine, weiſse Krystalle, ist in Wasser reichlich löslich und von leicht säuerlichem Geschmack. Cutol ist eine Doppelverbindung des Aluminiums mit der Borsäure und Gerbsäure. Ein bräunliches, feines Pulver von adstringierendem Geschmack, ist es in den üblichen Lösungsmitteln nicht löslich. Mit Acidum tartaricum geht Cutol eine in Wasser reichlich lösliche Verbindung ein, Cutolum solubile, das trockene, sehr feine Pulver hat eine etwas hellere Farbe, als Cutol. Alle drei Präparate sind geruchlos.

Boral hat der Verfasser als reizlose 10%ige Salbe bei Ekzemen des Gehörganges mit Erfolg angewandt. Bei Unterschenkelgeschwüren versuchte er es in 50%igen Umschlägen, versetzte es jedoch bald durch Lösungen von Cutolum solubile, dessen adstringierende, austrocknende Wirkung hier besonders zur Geltung gelangte.

Das Cutol ist wegen seiner Unlöslichkeit nur in Form von Salben (Pasten-Pflastermulle) oder Pulvern zu verwerten. Es ist somit nur in jenen Fällen in Anwendung zu bringen, wo es direkt auf das erkrankte Gewebe appliziert werden kann; ferner ist der Gebrauch des Cutols wegen seiner adstringierenden Wirkung bei allen trockenen schuppenden Hautkrankheiten kontraindiciert. Das Hauptkontingent für die Behandlung mit Cutol stellen vor allem alle nässenden akuten Ekzeme, stark secernierende Hautdefekte, Erosionen, Fissuren, Geschwüre, und zwar wird es dabei als 10%ige Lanolinsalbe oder als Paste benutzt. Der Juckreiz und die Absonderungen nehmen meist sehr schnell ab; hat die Sekretion nachgelassen, dann empfiehlt sich das Ekzem mit Cutol, Zincum oxydatum und Talcum ää zu bestreuen.

Bei Fuſsgeschwüren mit starker Sekretion hat Verfasser vom Gebrauch des Cutolum solubile in 1%iger wässeriger Lösung, täglich zweimal aufgelegt, sehr günstige Wirkung gesehen. Auch bei Brandwunden und bei einigen eiternden Hautdefekten wandte er das Cutolum solubile, resp. Cutol gern an. Hyperhidrosis, profuse Schweiſsabsonderung der Hände, Füſse und Achselhöhlen wird vorteilhaft mit Cutolstreupulver und Cutollanolinsalben behandelt. Schlieſslich empfiehlt er es noch bei Frostbeulen in Verbindung mit Resorbin oder Kampfer als Salben.

L. Hoffmann-Berlin.

Zur Verhütung des Jodismus bei Gebrauch von Jodkalium empfiehlt Spencer dasselbe in folgender Form:

℞	*Kal. jodat.*	30,0
	Ferri citr. ammoniat.	4,0
	Tinct. nucis vomic.	8,0
	Aq. dest.	30,0
	Tinct. chin.	q. s. ad 120,0

D. S. Ein Kaffeelöffel voll in ½ Glas Wasser nach dem Essen.

(*Jahrb. f. prakt. Med.* 1895. S. 474.) *C. Berliner-Aachen.*

Über den Gebrauch der Nitrite bei der Behandlung der Infektionskrankheiten, von Petrone. (*Rif. med.* 1895. No. 203.) Verfasser vergleicht die Wirkung der Nitrite mit derjenigen der Quecksilbersalze, die sich beim Kontakt mit den organischen Geweben niederschlagen und neue Verbindungen eingehen, nicht etwa in Sulfide oder Suboxyde übergehen, sondern sich mit einer anderen, nicht genauer bestimmten, vom Verfasser isolierten, stark reduzierenden Substanz verbinden, welche früher fälschlich mit der Glykose identifiziert wurde. Verfasser hat dann bei der Untersuchung organischer Flüssigkeiten verschiedener Tiere gefunden, daſs mit der Zu- oder Abnahme dieser reduzierenden Substanz die Widerstandsfähigkeit der betreffenden Tiere zu- oder abnimmt.

Petrone hat seine Nitrittherapie (Injektionen von 2—3%igen Lösungen von

Natron-Nitrit bis zu einer Tagesdosis von 0,5 des Salzes) bei verschiedenen Infektionskrankheiten angewendet, auch bei zwei Syphilitikern. Beide Kranke heilten rasch.

Bei seiner Argumentation bezüglich der Wirkung der Nitrite ging Verfasser aus von der Thatsache, daſs gewisse Infektionskrankheiten durch die atmosphärische Luft günstig beeinfluſst werden. Diese letztere enthält durchweg Ozon und Ammoniumnitrit, zwei eminent mikrobicide Körper, von denen der letztere aber nicht stabil ist und, zumal nachts, leicht in seine Komponenten zerfällt. Mit dem Verschwinden des Ammoniumnitrits aus der Luft bringt nun P. das Auftreten gewisser Infektionskrankheiten (Malaria) in Zusammenhang.

Sollten sich da nicht auch, so fragt sich P., die nächtlichen Dolores osteocopi der Syphilitiker auf ähnliche Einflüsse zurückführen lassen? *C. Müller-Bern.*

Über Wirkungen und Verhalten des Nosophens im Tierkörper, von C. Binz und N. Zuntz. (*Fortschr. d. Med.* 1895.) Aus ihren Versuchen folgern die Verfasser:

1. Das Nosophen ist jedenfalls weniger gefährlich, als das Jodoform, die intravenöse Anwendungsweise des Natronsalzes, worin wir es schädlich gefunden haben, kommt für den praktischen Gebrauch nicht in Betracht.

2. Unmittelbar ins Blut eingespritztes Nosophen in der Form des gelösten Natriumsalzes wird in ziemlicher Menge in den Darmkanal ausgeschieden. In den Harn geht es nur dann reichlich über, wenn er, wie beim Kaninchen, normal, beim Hunde ausnahmsweise alkalisch reagiert. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Nosophen, von Seifert. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 12.) Nosophen ist Tetrajodphenolphtalein. Es stellt ein schwach gelb gefärbtes Pulver mit einem Jodgehalt von circa 60% dar, es ist geruch- und geschmacklos, unlöslich in Wasser und Säuren, schwer in Alkohol, leichter in Äther und Chloroform. Seine saure Natur befähigt den Körper, beständige Salze zu bilden. Nosophen, sowie sein Natronsalz sind ganz ungiftig. Jodabspaltung findet nicht statt. Nachdem das Mittel mit Erfolg seine baktericiden und austrocknenden Eigenschaften bei Erkrankungen der Nasenschleimhaut und zur Nachbehandlung nach Ätzungen und operativen Eingriffen in der Nase bewiesen, wurde es auch bei Balanoposthitis und Ulcus molle versucht, und zwar in Pulverform. Bei Balanoposthitis trat schnell Überhäutung und Trockenheit ein. Ulcera mollia bedürfen vor der Nosophenbehandlung Reinigung des Geschwürsgrundes und Ätzungen, um ein Zusammenbacken des Pulvers mit dem Sekret und Reizungserscheinungen zu vermeiden. Hervorgehoben sei noch ein Fall von intertriginösem, nässendem Ekzem, welches bei einem Patienten mit Bubo suppurativus unter dem Verbande entstanden war und unter Nosophen in drei Tagen vollkommen verschwand. *A. Strauſs-Barmen.*

Colombini berichtet (*Rif. med.* 1895. No. 215) über **einige experimentelle Untersuchungen über die lokale Wirkung des Salols.** In Verbindung mit den alkalischen Körperflüssigkeiten spaltet sich das Salol in Karbol- und Salicylsäure. Es verursacht weder auf der Haut, noch auf Ulcerationen irgendwelche reizende Erscheinungen. Kontinuitätstrennungen an verschiedenem Gewebe heilen unter lokaler Applikation von Salol ganz ohne Schmerzen und reaktionslos, aufserdem viel rascher, als durch andere Heilmethoden. Als geeignetestes Lösungsmittel empfiehlt er das Paraffinum liquidum. *C. Müller-Bern.*

Zur Kenntnis der Somatose, von Reichmann. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1895. No. 40.) R. machte Versuche mit Somatose an gesunden Menschen, welche unter gleichen Ernährungsverhältnissen pro Tag 30 g Somatose erhielten. In 24 Tagen

wurden keine Durchfälle beobachtet, dagegen eine Zunahme von 1,77 bis 2,55 kgm, welche mit Rücksicht darauf, dafs es sich um kerngesunde Personen handelte, als verhältnismäfsig hoch bezeichnet werden mufs. Die geringe Reizung der Verdauungsorgane ist namentlich durch das nahezu völlige Fehlen von Pepton zu erklären. Verfasser empfiehlt öftere kleinere Dosen, und zwar bei Erwachsenen 3—4 Mal täglich einen abgestrichenen Kaffeelöffel, bei kleinen Kindern in steigender Dosis 1—3 g pro die in Lösung, bei gröfseren 4—5 g. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Papain, von Egbert. (*Wien. med. Presse.* 1895. No. 6.) E. wendet bei Ichthyosis folgendes Mittel an:

℞ *Papaïni*	10,0
Acid. salicyl.	5,0
Glycerini	
Ol. Ricini	ā 150,0

Nachdem die befallenen Teile mit einer Lösung von Natrium bicarbonicum und Schwefelsalbe abgewaschen sind, wird in dieselben obige Lösung eingerieben.

Gegen Psoriasis braucht E.:

℞ *Papaïni*	6,0
Acid. salicyl.	2,0
Ung. Zinci benz.	15,0
Mf. Ungt.	

(*Jahrb. f. prakt. Med.* 1895. S. 463.) *C. Berliner-Aachen.*

Zur Konservierung von Unguentum caseini. Mehrere Monate währende Versuche haben ergeben, dafs die Konservierung von Unguentum caseini keine Schwierigkeiten macht, wenn man dieselbe nach folgendem Verfahren ausübt. Nach dem Öffnen der Blechdose fülle man die Salbe in ein weithalsiges Glasgefäfs mit eingeriebenem Stöpsel und gieſse zur Verhinderung des Luftzutrittes etwas Paraffinum liquidum auf die Oberfläche der Salbe, das vor jeder Dispensation abzugieſsen ist Das der obersten Schicht Salbe noch anhaftende Paraffinum liquidum läfst sich im Mörser leicht ohne jeden Zusatz emulgieren und hebt nicht die Eigenschaft des Unguentum caseini, auf der Haut einzutrocknen, auf.

Da Unguentum caseini eine Emulsion von Vaseline mit Kasein darstellt, so wird durch die Überschichtung von Paraffinum liquidum kein Fremdkörper in die Substanz gebracht, wie auch dadurch eine Veränderung der Konsistenz durch Wasserverdunstung verhindert wird. *Troplowitz-Hamburg.*

Akute Exantheme.

Die Behandlung der Nase und des Rachens im Verlaufe akuter Exantheme, von Cl. C. Rice. (*Americ. med. surg. bull.* 1895. No. 6.) In milden Fällen kann durch lokale Applikationen das subjektive Befinden gebessert und die Dauer der durch die Schleimhauterkrankung bedingten Symptome abgekürzt werden. Reinigung der Schleimhaut von Sekreten und abgestofsenen Membranfetzen durch alkalische Flüssigkeiten mittelst Zerstäuber, Dessarscher Nasendusche oder einfachen Tropfglases (1 Seilers Tablette auf 60,0 Wasser, Zusatz von 0,2 Kokain). 15 Minuten nach der Reinigung folgen ölige Mittel, am besten flüssiges Albolen, wodurch die entzündete Schleimhaut vor äufseren Einflüssen geschützt und die Absorption von Keimen und Wasserverdunstung verhindert wird. (Abbildung eines von Mc. Kesson und Robbins angegebenen Zerstäubers). Durch Zusatz von Menthol, Thymol, Eukalyptol-Chloroform kann infolge rascher Verdunstung dieser Substanzen eine Abkühlung und adstringierende

Wirkung erzielt werden (Eukalyptol 0,35, Kokain 0,3, Acid. ol. 0,3, Chloroform 9,75, Hydrastol 60,0). Hydrastol ist ein aus Hydrastis gewonnenes Präparat, dem Oleum cinnamomi und andere Aromatica zugesetzt sind. Anstatt der öligen Flüssigkeiten auch Zink, Bor, Mentholpulver (Pulverbläser); bei croupösem Exsudat Wasserstoffsuperoxydspray (1 : 5) mittelst eines ganz aus Glas bestehenden Zerstäubers (Abbildung). Inhalationen warmer Dämpfe. Zum Verdampfen von Flüssigkeiten im Zimmer wird ein einfacher Apparat angegeben und abgebildet. (Das Wasser wird durch eine Spiritusflamme zum Sieden gebracht; der Dampf entweicht durch ein Rohr, in dem sich ein Schwamm zur Aufnahme von Medikamenten befindet.) Von einem der folgenden Medikamente wird ein Theelöffel voll auf den Schwamm gebracht. Karbol, Kresol ā 7,5, Eukalyptol, Bals. peruv. ā 15,0); Camphor 3,75, Menthol, Fichtennadelöl, Eukalyptol ā 7,5, Ol. fagi ad 60,0; — Eukalyptol, Thymol ā 3,75, Acid. carbol., Acid. benzoic. ā 1,8, Oleum terebinth. ad 60,0.

Bei schweren Fällen sollen die Kräfte des Patienten nicht durch lokale Applikationen verbraucht werden. Zwangsweise Anwendung von Medikamenten auf den Pharynx widerstrebender Kinder ist ebenso zu verwerfen, wie bei kleinen Kindern alle halbe oder ganze Stunden Tag und Nacht eine Procedur vornehmen zu lassen. Übereifer schadet hier mehr, als ein mäfsiger Grad von Nachlässigkeit. Hypertrophische Tonsillen und adenoide Vegetationen sollen womöglich vor Ausbruch einer Infektionskrankheit entfernt werden. *H. Einhorn-München.*

Als beste **Behandlung der Scarlatina** (*Bull. méd.* 3. Juli 1895) ist die hygienische zu empfehlen, welche in allen nicht komplicierten Fällen genügt: häufiger Wechsel der Zimmerluft, täglich lauwarme Bäder (32—35° C.) von 10—15 Minuten Dauer, Reinigung der Nasen- und Mundhöhle mittelst Zerstäuben von Borsäurelösungen, Milchdiät. Als Getränke können vorteilhaft Citronenlimonade, Contrexeville etc. gereicht werden, Alcoholica sind unnütz. Bei schwereren Formen Antipyretica, Hydrotherapie, wenn nicht Kollapszusände, allgemeine Ödeme, Blutungen etc. Kontraindikationen bilden. — Prophylaxe! *C. Müller-Bern.*

Masern, von L. Wilson-Clarksville. (*St. Louis Courier of Med.* 1895. No. 3.) Eine kurze Schilderung des Exanthems und Krankheitsverlaufes bietet nichts Neues. Die Bemerkungen des Verfassers über die Behandlung der Masern seien zur Erheiterung mitgeteilt: Für die Erweiterung der Hautgefäfse ist zu sorgen. Als Hausmittel nehmen die verschiedenen Theearten, besonders der Pennyroyalthee, den ersten Platz ein. Den nämlichen Erfolg erzielt das Trinken von kaltem Wasser (!). Gegen das Fieber ℞ Gelselmii. Um das Exanthem zur Erscheinung zu bringen, bedarf es manchmal eines warmen Bades. In späteren Stadien mufs man mit den Bädern sehr vorsichtig sein, da der Patient todkrank werden könne, wenn sich der Prozefs nach innen schlage. (Sic!) Gegen den Husten Syr. Lobel., gegen Delirien Bromsalze. Weitere Mittel nach Bedarf. *H. Einhorn-München.*

Über Rubeola, von N. F. Elzevier Dorn. (*Nederl. Tydschr. voor Geneesk.* 25. August 1894.) Verfasser betrachtet Rubeola (Röteln) als eine Krankheit sui generis, die nichts mit Scharlach oder Masern zu thun hat. Zur Bestätigung seiner Meinung teilt er einige Eigentümlichkeiten über 25 von ihm in Schiedam beobachtete Fälle mit. Der jüngste Patient war drei, der älteste 38 Jahren. Sechzehn von den 25 Patienten (13 männliche und 12 weibliche) waren unter acht Jahre alt. Prodromalerscheinungen fehlten in 20 Fällen, bei den anderen fünf waren sie gering (Mangel an Appetit, Husten, bei einem etwas Fieber). Nie wurde Coryza oder Conjuntivitis beobachtet. Meist war das Exanthem das erste Symptom der Krankheit, die das eine Mal für Masern, das andere Mal für Erysipelas angesehen wurde. Das Exanthem entstand

immer zuerst im Gesicht, bei zweien zugleich in der Lumbosakralgegend, es war immer papulo-makulös, besonders im Gesicht. In 1—2 Tagen verbreitete es sich über den ganzen Körper, doch immer blieb normale Haut zwischen den Papeln und Flecken sichtbar. Es war immer begleitet von Jucken, und in zwei Fällen bestand leichte Desquamatio furfuracea beim Verschwinden.

Auf Lymphdrüsenschwellung wurden nur die letzten neun Fälle geprüft, sie fand sich bei sieben in geringem Mafse, aber sehr deutlich, am Halse; bei den zwei anderen war sie viel weniger. In fast allen Fällen bestand Rötung des Pharynx.

Scheimhautaffektionen bestanden bei der Hälfte der Fälle in Form einer leichten Injektion der Conjunctiva, Rötung der Uvula und Gaumenbögen. In zwei Fällen Tonsillenschwellung. In vier Fällen Husten, bei einem febrile Bronchitis.

Temperaturerhöhung wurde bei vier Kranken beobachtet, die abwechselnd Kälte und Wärme gespürt hatten.

Der Allgemeinzustand war nach dem Ausbrechen des Exanthems, aufser beim Patienten mit febriler Bronchitis, immer gut. — Urin normal, Therapie nihil. — Das Vorkommen von mehreren Fällen in einer Familie zeigt die Infektiosität.

Diagnose. Ein akutes infektiöses Exanthem von papulo-makulösem Charakter, meistens bei Kindern unter zwölf Jahren, ohne Inkubation und Schleimhautaffektionen. Es kann nur mit Morbilli verwechselt werden, aber:

bei Rubeola	bei Morbilli
keine Podrome;	als Prodrome: Niesen, Husten, Thränen der Augen, Fieber;
polymorphes Exanthem (papulo-makulös) ohne Stadium floritionis;	makulöses Exanthem mit Stadium floritionis;
Lymphdrüsenschwellung in allen daraufhin untersuchten Fällen;	Lymphdrüsenschwellung nur bei intensiven Schleimhautaffektionen;
keine Schleimhautaffektionen;	charakteristische Schleimhautaffektionen;
kein Fieber beim Ausbrechen des Exanthems.	typische Temperaturerhöhung.

Weiter spricht noch gegen Morbilli, dafs 20 der 25 Patienten dies schon gehabt hatten, und zwar 15 erst vor zwei Jahren. Verfasser deutet weiter auf das deutlich Papulöse des Exanthems hin, was von anderen nicht erwähnt wird. Das Jucken, was in seinen Fällen nie fehlte, scheint nicht konstant.

Von einigen französischen Schriftstellern wird neben „Roséole“ (Röteln) noch eine „Rubéole“ beschrieben; die erstere stimmt, was Desquamation, die letztere, was Form des Exanthems und Lymphdrüsenschwellung anbelangt, am meisten mit der Rubeola überein. Ob Roseola und Rubeola wirklich als verschiedene Krankheiten betrachtet werden müssen, wird erst aus weiteren Beobachtungen hervorgehen.

J. Spruijt Landskroon-Amsterdam.

Varicella, von Cassel. (*Arch. f. Kinderhlkde.* XVII. No. 5 u. 6.) Seit einem Jahrzehnt häufen sich die Mitteilungen über schwere Komplikationen bei den als so harmlos geltenden Varicellen. Auch die vorliegende kleine Arbeit bringt kasuistische Beiträge zu diesem Thema. Zunächst wird über drei Kinder mit schnell vorübergehender Albuminurie, resp. Nephritis berichtet, davon zwei tödlich verlaufene Nephritiden nach Varicellen beschrieben. In einem Falle standen die Varicellen am Rücken so dicht, dafs die ganze Rückenhaut lebhaft entzündet war. Der letzte Fall betrifft ein Kind, bei dem sich in der zweiten Woche an Stelle der Bläschen tiefe, wie mit dem Locheisen ausgeschlagene Ulcera sich entwickelten. Daneben tritt an einzelnen Stellen Gangrän und daran anschliefsend Phlegmone ein. Das Kind starb.

Gangrän hat man nach Varicellen in zwei Formen eintreten gesehen: entweder es kommt an Stelle der Bläschen zu Gangrän, oder unabhängig von denselben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Blatternepidemie in Bern vom Jahre 1894, von Wilhelm Ost. (*Mitteilungen aus den klinischen und medizinischen Instituten der Schweiz.* II Reihe. Heft 5.) Auf Grund der Beobachtung von 134 Variolakranken während einer Epidemie in Bern im Jahre 1894 äufsert sich Verfasser über verschiedene Fragen, welche die Variola betreffen. Bezüglich des Impfschutzes kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. Es erkrankten Ungeimpfte im allgemeinen viel schwerer an Blattern, als Geimpfte.

2. Geimpfte Kinder unter 13 Jahren erkranken nur ausnahmsweise an Blattern.

3. Der Impfschutz gegenüber Blattern dauert im allgemeinen nicht länger, als zwölf Jahre; dagegen scheint eine kräftige Impfreaktion, welche sich in mehr als vier deutlich sichtbaren Narben auch nach Jahren dokumentiert, eine nochmalige Blatternerkrankung auf lange Jahre milder zu gestalten.

4. Der Schutz der Revaccination, sofern sie deutlich Vaccinepusteln hervorbringt, dauert nicht länger als zwölf Jahre.

5. Impfungen und Wiederimpfungen mit regenerativem Resultat geben keine Garantie gegenüber Blatternerkrankung.

Die Epidemie war im ganzen eine milde; unter 134 Fällen waren 39 schwere, von denen 8 starben, und zwar 7 während des Suppurationsstadiums an Herzschwäche, 1 nach multiplen Zellgewebs- und Gelenkeiterungen.

Der durch Tabellen und Kurven illustrierte Bericht ist sehr lesenswert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Finden sich Schutzstoffe im Blutserum von Individuen, welche Variola, bezw. Vaccine überstanden haben? von Landmann. (*Zeitschr. f. Hyg.* XVIII. 2.)

Verfasser unterwirft eine Reihe von Fragen einer experimentellen Prüfung am Menschen. Dieselben gehen dahin:

Schützt Variolaserum gegen Variola? Ein Versuch fiel negativ aus.

Schützt Vaccineserum gegen Variola, resp. enthält es Heilstoffe? Zwei Versuche blieben in ihren Ergebnissen zweifelhaft.

Schützt Variolaserum gegen Vaccine? Zwei Versuche lassen diese Frage verneinen.

Enthält das Serum der gegen Vaccine immun gewordenen Individuen Schutzstoffe gegen diese Infektion? Bei einer Reihe von Versuchen fiel die Impfung nach der Serumzufuhr positiv aus.

Sind auch die Ergebnisse dieser Versuche durchaus noch nicht entscheidend für die vorliegenden wichtigen Fragen, so lassen sie doch den allgemeinen Schlufs zu, dafs trotz konstanter hochgradiger Immunität Schutzstoffe im Serum fehlen können, oder wenigstens nicht in für die Praxis in Betracht kommender Menge vorhanden sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Auché und Jonchères haben die **Toxicität des Urins bei der Variola** untersucht und gefunden, dafs dieselbe beinahe mit der Urinmenge parallel gehende Schwankungen zeigt: sie nimmt zu im eruptiven Stadium, zuweilen beträchtlich ab während des Suppurationsfiebers, wieder zu beim Abfall des Fiebers, um zur Norm herabzusteigen zwei oder drei Tage nach demselben. (*Rev. d. méd.* 1895. No. 6.)

C. Müller-Bern.

Bericht über die im Jahre 1894 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung, von Leonhardt Voigt. (*Arch. f. Kinderhlkde.* No. 19.) In einer dankenswerten Arbeit stellt Verfasser die gesamte Litteratur des Jahres 1894 über

die Pockenimpfung zusammen, das Wesentliche der Arbeiten kurz resumierend. Wer sich über diese Frage näher instruieren will, wird in dieser Zusammenstellung sich mit Erfolg Rat holen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Sterile Impfinstrumente, von Weichardt. (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 39.) Um die Impfschäden ganz zu beseitigen, mufs das Instrumentarium vollkommen sterilisierbar sein. Die Impfmesser von Pfeiffer, Chalybaeus, Risel sind praktisch. Für Massenimpfungen geeignet ist des Verfassers Impfdoppelmesser (100 Stück = 16 Mk.); auch mit einer Schneide werden dieselben hergestellt. Man steckt die Messer in den Korken eines mit Alkohol gefüllten Glases, nachdem sie vorher sterilisiert sind. Die Hersteller Wolff, Krippenberg & Co. in Jopferhausen liefern Sterilisierungsapparate dazu und auch ganze Bestecke mit Messern, Lymphe, Uhrgläsern etc.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Impfung mit sterilen Instrumenten, von Lindenborn. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 1.) Verfasser hat aus Platiniridium ein Impfmesser herstellen lassen, welches in fünf Sekunden ausgeglüht werden kann. Die Klinge ist flach und stumpfer, als Stahlklingen, so dafs man etwas mehr drücken mufs. Sie läfst sich auf einem gewöhnlichen Schleifstein schärfen. Mit Hülfe dieses Messers kann man mit Sicherheit jede Übertragung ausschliefsen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über den Verlauf der Schutzpockenimpfung bei einer Reihe abnorm schwächlicher Säuglinge und Kinder, von J. H. Friedemann. (*Jahrb. f. Kinderhlkde.* XXXVIII. No. 2 u. 3.) Stets sorgsame Aufzeichnungen über schwächliche, der Impfung unterzogene Säuglinge geben die Basis der vorliegenden Arbeit. Alle sechs Impfungen waren von Erfolg. Die in der ersten Lebenswoche geimpften Kinder zeigen keine Fieberreaktion nach der Impfung. Ohne den allgemeinen Betrachtungen des Verfassers folgen zu wollen, seien hier nur die Sätze wiedergegeben, die er als Grund lage künftiger Untersuchungen bezeichnet:

1. Die Annahme Bollingers, dafs der Fötus einer mit Erfolg geeimpften Gravida in der Regel bereits intrauterin die Vaccineinfektion mitmache und schon pockenimmun dann zur Welt komme, ist durch die von Gast, Behm, Wolff vorgenommenen erfolgreichen Nachimpfungen solcher Neugeborener widerlegt worden.

2. Gesunde Neugeborene sind in gleichem Grade für die Impfung empfänglich, wie die älteren Kinder. Dieselbe verläuft bei ihnen ohne das Fieber und ohne die Allgemeinerscheinungen, welche wir an den älteren Impflingen von der zweiten Lebenswoche an in einer mit dem Alter, besonders vom vierten Lebensmonat ab, zunehmenden Stärke beobachten.

3. Auch die Konstitution hat auf die Vaccineempfänglichkeit keinen Einfluſs.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Impfschäden, Impfexantheme und nach der Impfung eintretende allgemeine Erkrankungen, von Leonhard Voigt. (*Wien. med. Presse.* 1895. No. 7 u. 8.) Verfasser bespricht die sog. Impfschäden und teilt dieselben in zwei Gruppen; die eine ist zurückzuführen auf eine krankhafte Beschaffenheit der Haut des Impflings, die andere auf Schädigungen, welche die Impfpusteln während der Zeit ihrer Reife oder Abborkung treffen. Mangelhafte Lymphe ist niemals schuld. Durch Ausschluſs schwächlicher und hautkranker Kinder von der Impfung und durch gute Pflege der Geimpften lassen sich die Schäden vermeiden. Verfassers Urteil basiert auf der Beobachtung von einer Viertelmillion Impflingen. Unter 100000 Geimpften in den letzten fünf Jahren hat er 35 Fälle allgemeiner Vaccine, und zwar 15 Fälle des morbillösen und 18 des papulösen und pustulösen Exanthems, gesehen. Impfschäden gab es 69: 11 Mal Urticaria, 8 Mal Impetigo, 27 Mal Ekzem, 2 Mal Psoriasis, 2 Mal

Purpura, 1 Mal Pemphigus, 3 Mal Stomatitis aphthosa, 2 Abscesse, 1 Bubo axillaris purulentus, 1 Furunculosis, 5 Geschwüre der Impfpusteln, 2 Erysipele, 4 Fälle von Augenentzündung. Einmal nur trat der Tod bei Verschwärung der Impfpusteln ein, die aber erst eine nachträgliche Wunderkrankung darstellte, da am siebenten Tage die Pusteln noch normal waren. Die übrigen Fälle genasen bald und waren alle auf von der Impfung unabhängige Schäden zurückzuführen.

Diese Zahlen strafen die dreisten Behauptungen der Impfgegner Lügen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Phlyctaenosis streptogenes, ein durch Streptokokkenembolisation erzeugtes, akutes Exanthem, von P. G. Unna. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1895. No. 52.) Es ist bisher noch unbekannt, in welcher Weise die Exantheme bei den bekannten Infektionskrankheiten entstehen, ob die betreffenden Organismen in die Oberhaut einwandern, ob ihre Cirkulation in den Blutgefäßen genügt, oder ob sie nur durch ihre Toxine diese Hautveränderungen zu erzeugen vermögen. Etwas Licht auf diese Frage wirft die folgende Beobachtung, die Unna an einem einjährigen Kinde mit Masern machte. Nach Ablauf der Masern brach ein über Rumpf und Extremitäten ausgebreitetes, dicht gesätes Exanthem aus, bestehend aus pockenähnlichen, etwas gedellten Bläschen, welche aus Papeln hervorgingen. Das Kind starb. Unna giebt nun die Ergebnisse der eingehenden histologischen Untersuchung wieder. Dieselbe, in den verschiedenen Stadien durchgeführt, lehrt, daß zuerst die Kapillarschlingen des Papillarkörpers durch Streptokokken thrombosiert sind. Von hier aus wandern die letzteren in den Papillarkörper selbst und die bereits vorher gebildeten Erweichungsherde der Oberhaut, die Bläschen. Zuletzt, auf der Akme des Prozesses, sind diese mit Streptokokkken vollgestopft. Es entstehen also die Efflorescenzen ursprünglich nur durch Fernwirkung der die Kapillaren erfüllenden Kokken, die erst später in das gebildete Exanthem einwandern. Auffallend war zum Unterschiede von den Pocken das Fehlen der Emigration weißer Blutkörperchen, die wohl erst durch die absterbenden Zellen chemotaktisch angelockt werden.

Bemerkenswert ist in diesem Falle auch das Fehlen von Hämorrhagien trotz der Kokkenthrombose der Hautgefäße, das sonst als Ursache der Hautblutungen bei infektiösen Prozessen angesehen wird. Es muß wohl noch eine spezifische Beeinflussung der Kapillarwände bei Hämorrhagien durch Kokkeninvasion mitspielen.

Als eine weitere Lehre, die sich aus der Untersuchung dieses Falles gab, betont der Verfasser das Freisein der Knäueldrüsen und Schweißausführungsgänge von Kokken, trotzdem bei der reichlichen Kokkeninvasion doch Gelegenheit zum Eindringen der Kokken in die Knäueldrüsen genug vorhanden ist. Es ist also die Annahme einer Absonderung der Bakterien durch die Knäueldrüsen sehr fraglich.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Einige Bemerkungen über Geschlechtstrieb und Sterilität mit besonderer Rücksicht auf die Therapie, von Gustav Lohmann. (*Therap. Monatsh.* Juni 1895.) Gar manches Sexualleiden der Frau führt der Verfasser zurück auf ein Mißverhältnis im ehelichen Verkehr. Relative Impotenz des Mannes, der Coitus interruptus, der Gebrauch künstlicher Reizmittel schädigen die Frau, rufen Anomalien hervor, Amenorrhoe, Obesitas etc., welche man dann fälschlich gynäkologisch-operativ vielfach behandelt. Nur durch genaues Examen, durch diskretes Eindringen in die intimen Verhältnisse des ehelichen Verkehrs kann man da Klarheit schaffen. Wo die sexuelle Erregbarkeit gesteigert werden soll, sind Kohlensäure-Gasbäder das geeignetste Mittel, eventuell nach vorausgeschicktem Moorbade. Ein scharfes, wenn auch nicht unver-

dientes Urteil fällt Verfasser über die Steigerung der sexuellen Erregbarkeit durch die Thure-Brandsche Massage, welche in solchen Fällen nur eine onanistische Procedur darstellt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die krankhaften Samenverluste, die Impotenz und die Sterilität des Mannes, ihre Ursachen und Behandlung. Zum Gebrauch für die ärztliche Praxis bearbeitet von H. Rohleder. (Verlag B. Konegen, Leipzig 1895.) An die Werke von Curschmann und Fürbringer sich anlehnend, giebt der Verfasser eine Übersicht über das, was für den Praktiker betreffs der im Titel angegebenen Leiden zu wissen wichtig ist. Neues zu bringen erhebt das Büchlein keinen Anspruch, das Bekannte giebt es in einer im ganzen annehmbaren Form, so dafs mancher Arzt, der sich mit dem Notwendigsten begnügt, nicht ohne Nutzen dasselbe lesen wird. Vielleicht gewinnt er dadurch Interesse, sich mehr in diesen Stoff zu vertiefen, der nicht nur tief in das Leben des Individuums eingreift, eine sehr häufige Quelle der Neurasthenie behandelt, sondern auch eine soziale Bedeutung hat. Die Therapie ist zuweilen eine drastische (Seite 46), die hoffentlich nicht allzuviel Freunde erwerben wird, bietet im allgemeinen aber für den praktischen Arzt Genügendes.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Follen Cabot berichtet in der Sektion für Nervenkrankheiten der New Yorker Academy of Medicine (Sitzung vom 15. Oktober 1894) über drei Fälle von **somnambulistischer Masturbation**, von welchen einer speziell hervorgehoben sei. 22jähriger Student, der geistig und körperlich, und zwar auch auf sexuellem Gebiete sonst vollkommen normal ist, wird ohne irgend welche Ursache ein Opfer seines Masturbationstriebes. Es träumte ihm, dafs er ohne Gefahr masturbieren könnte, und dafs diese Art der Befriedigung für ihn das beste wäre. Nach der Ejakulation erwachte er stets mit dem Gefühl hochgradiger Depression, dem gröfsten Widerwillen. Verlust des Selbstvertrauens; Furcht vor geistiger Erkrankung. Alle Gegenanstrengungen, Brompräparate, Regulierung der Diät, der körperlichen und geistigen Beschäftigung, Festbinden der Hände, Verband um die Geschlechtsteile ohne Erfolg. Schwere Lederhandschuhe, ohne eigenen Raum für den Daumen, die am Handgelenke mit einem Schlüssel verschlossen worden, wurden im Schlafe geöffnet, nachdem Patient in bewufstlosem Zustande den Schlüssel, der in einer Vase verborgen worden, gefunden hatte. Einmal bemühte sich Patient $^3/_4$ Stunden, das Schlofs zu öffnen; der Schlüssel fiel während dieser Zeit mehrmals zu Boden und wurde immer wieder gefunden. Nach der Ejakulation Erwachen mit vollkommener Amnesie. Nach Verheiratung des Kranken Heilung.

In der Diskussion berichtet G. M. Hammond über einen 25jährigen Mann, der 2—3 Mal wöchentlich nachts aufstand, zu einem bestimmten Stuhle ging, wo er masturbierte. Segeltuchunterhosen, die bis zur Brust gingen, und von deren oberem Rand hinten verschliefsbare Stahlbänder ausgingen, wurden im Schlafe geöffnet. Nachdem der Schlüssel im Zimmer versteckt worden, erwachte Patient gelegentlich, auf Händen und Füfsen am Fufsboden nach dem Schlüssel suchend.

Frederic Peterson erwähnt einen analogen Fall, der durch harte, körperliche Arbeit geheilt wurde. (*Americ. med.-surg. bull.* 1. November 1894.)

H. Einhorn-München.

Über Herzerkrankungen bei Masturbanten, von G. Bachus. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1895. No. 2 u. 3.) Verfasser bringt sechs Krankengeschichten, welche beweisen sollen, dafs die Erregungszustände des Herzens, wie wir sie bei Masturbanten finden, zu Vergröfserung des Organs führen können. Der Befund spricht für Hypertrophie des Herzens, möglicherweise mit gleichzeitiger Dilatation. Ursächliches

Moment ist die Erhöhung der Herzarbeit durch Beschleunigung und Verstärkung der Herzaktion. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung von Impotenz durch Venenligatur, von H. J. Raymond. (*Med. News.* 25. Mai 1895.) Eine zwar vereinzelte, aber nicht uninteressante Beobachtung: der 49jährige, im übrigen gesunde Mann war seit 22 Jahren verheiratet. Seit einem Jahre hatte er eine Abnahme und seit etwa neun Monaten ein völliges Fehlen der sexuellen Leistungsfähigkeit bemerkt. Trotz zweimonatlicher konsequenter Behandlung mit den üblichen Mitteln trat keinerlei Besserung ein. Alsdann wurde nach dem Vorgange von Alfred King ein Versuch mit Abbindung der oberflächlichen Venen des Penis gemacht: unmittelbar oberhalb des Schambogens wurde in der Linea alba ein zwei Zoll langer Schnitt durch Haut und oberflächliche Fascie geführt; sodann wurde eine elastische Ligatur um das Scrotum und die Wurzel des Penis gelegt und ziemlich fest angezogen, damit die seitlichen oberflächlichen Venen des Penis, bis in die Tiefe der Schnittwunde verlaufend deutlich hervortraten. Auf jeder Seite wurde nun eine Vene doppelt unterbunden und durchschnitten und die Wunde geschlossen Nach zwei Tagen traten zum ersten Male wieder kräftige Erektionen ein, und der Patient ist bisher mit dem Erfolge der (am 20. März 1895 ausgeführten) Operation sehr zufrieden gewesen. *Philippi-Remscheid.*

Nach einer ganzen Reihe Erfolge bei der **Behandlung der chronischen Hydrocele mittelst Ausspülungen der Tunica vaginalis mit destilliertem Wasser unter vollständigem Luftabschlufs** berichtet nun Riva (*Il Morgagni.* 1895. No. 2) über einen Fall dieser Affektion (16jähriger Bursche), bei dem die genannte Methode im Stiche liefs und durch Injektionen von 0,25‰ Sublimatlösungen ersetzt werden mufste, die dann rasch zum Ziele führten. R. hat seine Methode im Januarheft (1894) des *Morgagni* ausführlich beschrieben. *C. Müller-Bern.*

Chirurgische Behandlung der Hydrocele. Diskussion auf dem französischen Chirurgenkongrefs. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 11.) Zancarol in Alexandrien zählt zu den Unannehmlichkeiten im Gefolge der durch Punktion und reizende Einspritzung behandelten Hydrocele die nachfolgende Hämatocele und hat vier Fälle in einem Jahre gesehen. Mit einfacher Incision hat er 58 Hydrocelen bei 53 Kranken behandelt und keinen Unfall dabei erlebt; nur ein einziges Recidiv.

Augagneur-Lyon übt bei der gewöhnlichen Hydrocele oft die Punktion aus, aber bei jungen Leuten macht er sofort die Incision. Bei Rückfällen und zweifelhafter Beschaffenheit des Hodens ist die Incision überhaupt die beste Methode. Hierbei empfiehlt sich breite Resektion der Vaginalis. A. wäscht dieselbe nicht ab und verzichtet auf die eigene Naht der Vaginalis. Die einfache Incision (ohne Resektion) hat er wohl früher oft und mit konstant gutem Erfolge geübt, jetzt wendet er sie nur bei folgenden Indikationen an:

1. Zur diagnostischen Aufklärung, ob Hydrocele oder Tuberkulose oder Carcinom besteht; eventuell kann man dann die Kastration anschliefsen.
2. Bei jungen Leuten, die besonders gern Rückfällen ausgesetzt sind.
3. Wenn nach Punktion und Jodinjektion Recidiv eintrat.

Besonders solle man Berieselung der Vaginalis meiden, da es öfters seröse Absonderung dieser Tunica hervorrufe und so die Heilung verzögere; vollkommene Asepsis genüge. *Neuhaus-München.*

Offenhalten der Incision bei einfacher Hydrocele, von Paul Clendenin. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 10.) In zwei Fällen von einfacher, frischer, komplikationsfreier Hydrocele ergab sich als beste Behandlungsweise die

Incision der Tunica vaginalis und Weglassen der Naht. Die operativen Vorkehrungen sind folgende: Befeuchtung der ganzen Innenfläche der Tunica vaginalis mit 5%igem Karbolglycerin, Naht derjenigen Ränder der vaginalen Incision, welche den Rändern der kutanen Incision entsprechen; Verband. Heilung erfolgt durchschnittlich in 10—15 Tagen, die Narbe ist wenig sichtbar. Allgemeine Anästhesie ist nicht nötig, lokale Anwendung von Kokain genügt. Diese Methode sei wesentlich besser, als die Einspritzung von reizenden Substanzen, welche immer ein blindes Vorgehen bedeute und oft genug schon Unglück verschuldet habe. *Neuhaus - München.*

Reposition eines dislocierten Hodens, von Edw. Martin. (*New York med. Journ.* 9. Juni 1894.) In der Versammlung der College of physicians of Philadelphia am 13. April 1894 zeigte Dr. Martin einen neunjährigen Knaben, dessen rechter Hoden dislociert gewesen war und infolge der falschen Lage zu Orchitis und diversen Beschwerden Anlafs gegeben hatte. Redner hatte deswegen auf den in der Bauchhöhle, etwa einen Zoll vor dem Anus gelegenen, beweglichen Hoden eingeschnitten, den Funiculus spermaticus frei präpariert, den Hoden heruntergebracht und mit zwei Nähten, die durch den unteren Teil der Tunica vaginalis und die Innenfläche der Haut an der Basis des Scrotums hindurchgingen, in normaler Lage verankert. Vollkommene Heilung. Knabe fährt jetzt ohne Beschwerde auf dem Zweirad.

In derselben Sitzung stellte Dr. T. S. K. Morton einen 20jährigen Mann vor, bei welchem er sechs Wochen zuvor eine **Radikaloperation wegen kongenitaler Hydrocele der Tunica vaginalis testis dextri** mit vollständigem Erfolg ausgeführt hatte. In Narkose wurde zunächst ein vier Zoll langer Schnitt bis in den Sack hinein ausgeführt. Von hier konnte eine Sonde durch den zwar kleinkalibrigen, aber nicht vollständig obliterierten Processus funicularis bis in die Abdominalhöhle vordringen. Mit Catgut wurde dieser Kanal unter Vermeidung des Vas deferens und der Vasa spermatica unterbunden und somit der Zugang zur Abdominalhöhle abgeschnitten. Verband mit Jodoformgaze. Nach zehn Tagen konnte Patient seine gewohnte Arbeit wieder aufnehmen. *Philippi-Remscheid.*

In der Sektion für Chirurgie der New York Academy of Medicine sprach J. B. Walker am 8. April 1895 über das **Zurückbleiben der Hoden.** Die Wanderung derselben in das Scrotum ist gewöhnlich im achten Lebensmonat beendet, und zwar geht der linke Testikel meist dem rechten um 3—4 Wochen voraus. Ein Zurückbleiben der Hoden erfolgte: 1. bei Adhäsionen, 2. bei Funktionsstörung des Gubernaculums, 3. bei Kontraktion des Annulus externus, 4. bei Druck eines schlechtsitzenden Bruchbandes. Ist der Hoden bis zur Pubertätszeit nicht an der normalen Stelle angelangt, dann bleibt das Individuum steril. Häufig bleibt der Testikel im Inguinalkanal stecken, und zwar liegt dann meist eine Kombination mit einer Hernie vor. In einzelnen Fällen handelt es sich um Entwickelungsstörung des Scrotums und properitoneale Hernien. Der zurückgebliebene Hoden ist zu entzündlichen Prozessen und maligner Degeneration, besonders zu sarkomatöser, geneigt. Ein spontanes Herabsteigen nach dem ersten Jahre ist höchst selten.

Die einfachste Behandlungsmethode besteht in sorgsamen manuellen Eingriffen, die möglichst früh zu beginnen haben. Meist bedarf es einer Operation, die nicht vor dem fünften Jahre, am besten zwischen dem achten und zehnten Jahre unternommen werden soll. Die Adhäsionen sind zu lösen. Das Vas deferens ist gewöhnlich lang genug, um den Hoden in seine normale Lage bringen zu können, wo er durch einige Nähte fixiert werden mufs. Unter 66 Fällen, die vor der Pubertätszeit operiert wurden, erreichte der Testikel 60 Mal seine normale Gröfse.

Curtis glaubt die Fixationsnähte entbehren zu können, es genüge ein einfacher Verschluſs des Inguinalkanals nach der Methode von Bassini.

Lilienthal hat als weitere Kombination Achsendrehung der Samenstränge, besonders bei abnormer Kürze derselben, beobachtet; er giebt der Operation nach Halsted den Vorzug.

W. B. de Garmo hat eine Anzahl von Fällen mit Bruchbändern behandelt und fast in jedem Lebensalter bis zum 59. Jahre ein spontanes Herabsteigen der Hoden gesehen. Das Herabziehen der Hoden erweist sich besonders in den Fällen, in denen es von den Patienten selbst ausgeführt werden kann, als nützlich.

W. B. Coley hat bei drei Fällen nach der Operation eine Zunahme der Atrophie beobachtet und hält in der groſsen Mehrzahl der Fälle eine Operation für unnötig; ein Patient starb an sekundärer Hämorrhagie. Die Bassinische Methode bietet groſse Vorzüge vor anderen Operationen.

Manley. Das Zurückbleiben der Hoden ist bei Kindern sehr häufig, sie steigen aber meist auch ohne Anwendung von Bruchbändern herab. Die zurückbleibenden sind schwächlich entwickelt und funktionslos. Deshalb sollen sie bei Einklemmungserscheinungen, auch wenn sie nur geringgradige Erkrankung zeigen, einfach entfernt werden. Garmo hält das Zurücklassen der wertlosen Testikel im Kanal für eine Gefühlssache. (*Amer. med.-surg. bull.* 1895. No. 9.) *H. Einhorn-München.*

Über akute Atrophie des Hodens, von J. Hutchinson. (*Arch. of Surg.* 1895. S. 100.) Die hier beschriebene Form von Hodenatrophie ist meist neurotischen Ursprunges, beginnt mit heftiger Entzündung und Schwellung des Hodens und bewirkt innerhalb eines Monats eine Schrumpfung desselben bis zur Bohnengröfse. Meist handelt es sich um junge Menschen; H. hat keinen Fall gesehen, in dem beide Hoden ergriffen waren. Der Onanie kommt dabei eine gewisse ätiologische Bedeutung zu; auch Mumps ist dem Leiden zuweilen voraufgegangen. *Türkheim-Hamburg.*

Bösartiger gemischter Tumor des Hodens, von Taylor-New York. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 4.) Ein junger Mann von 27 Jahren, welcher einen harten Schanker gehabt hatte und bei dem sich im August 1892 eine Roseola einstellte, bemerkte ein wenig später eine kleine Verhärtung in seinem rechten Hoden. Diese blieb ein Jahr lang unverändert bestehen, fing aber nach einem Trauma des kranken Hodens zu wachsen an. Man dachte an Sarcocele syphilitica, aber die spezifische Behandlung blieb erfolglos. T. nahm daher eine bösartige Geschwulst an und entfernte den rechten kranken Hoden im Februar 1894. Die Geschwulst ergab 30 cm im Umfang und 18 cm in der Länge. Die histologische Untersuchung zeigte, daſs es sich handle um ein Kysto-Chondro-Adeno-Carcinom. Diese Varietät von gemischter Hodengeschwulst ist sehr selten, wird nur in 3% der malignen Tumoren des Hodens gefunden. *Neuhaus-München.*

Ein Fall von Sarcoma des Testikels, von M. Lawrie. (*Brit. med. Journ.* 5. Januar 1895.) Der 29jährige Patient kam mit einer Schwellung im Scrotum ins Krankenhaus. Dieselbe war seit 6—8 Monaten gröfser geworden und namentlich in der letzten Zeit rapide gewachsen. Der Patient fühlte sich schwach und krank und empfand ziehende Schmerzen in der Leistengegend und an der Hüfte derselben Seite.

Der birnförmige Tumor nahm den rechten Testikel ein und dehnte sich nach oben bis zum äuſseren Leistenring aus. Er war von fester Konsistenz, aber nicht hart, mehr elastisch. Der Samenstrang konnte nicht durchgefühlt werden. Die Leistendrüsen waren nicht affiziert. Die Kastration wurde ausgeführt. Der entfernte Tumor bestand aus einem weichen malignen Gewächs, das im Zentrum eine Quantität Blutgerinnsel und etwas dunkelflüssiges Blut eingeschlossen enthielt. Die mikro-

skopische Untersuchung bestätigte die Diagnose eines Rundzellensarkoms. Der Patient lebt drei Wochen nach der Operation und befindet sich soweit wohl.

Das Interessante an dem Falle ist die ziemlich ungewöhnliche Kombination einer Blutcyste mit Sarkom des Testikels. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Sarcoma testis, von Ch. A. Morton-Bristol. (*Brit. med. Journ.* 3. November 1894.) Die Diagnose war bei dem 38jährigen Patienten sehr schwer, weil die innerhalb von drei Monaten rapid gewachsene Schwellung auf der rechten Seite des Scrotums im oberen Drittel sich ganz weich, wie flüssig anfühlte, in den beiden unteren Dritteln aber sehr hart war und fast gar nicht fluktuierte. Die weiche Portion der Geschwulst war in ihrer Begrenzung mehr birnförmig, die harte mehr rund. Nirgends war der Testikel durchzufühlen. Weder die weiche, noch die harte Portion zeigten Transparenz. Eine Hernie lag nicht vor.

Die vorsichtig vorgenommene explorative Incision ergab, dafs man es im oberen Drittel mit einer Hämatocele in den beiden unteren mit einem Sarkom des Testikels zu thun hatte. Der Testikel wurde operativ entfernt.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Die Geschwulst war ein Rundzellensarkom. *C. Berliner-Aachen.*

Entwickelung von Knochengewebe in einem Sarkom des Samenstranges, von Maylard. (*Glasgow. med. Journ.* 1895. No. 5.) Eine seit 14 Jahren bestehende Schwellung der linken Skrotalhälfte nimmt an Gröfse zu, an den oberen Teilen werden harte Knoten gefühlt, es treten heftige Schmerzen auf. Operation. Der untere Teil der Geschwulst, die vom Samenstrang ausgeht, wird von einem Sack gebildet, der eine dicke, braune, Fäkalriechende Masse enthält. (Fettiger Detritus, grofse spindelförmige und epitheloide Zellen.) Die Sackwandung zeigt zahlreiche Stellen von kalkartigem Aussehen und haselnufs- bis kleinkartoffelgrofse Wucherungen von weicher Konsistenz. Der obere Teil des Tumors besteht aus einer krümeligen, wie geronnen aussehenden Substanz, die gegen das Zentrum in eine knochenähnliche, harte Masse übergeht. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Knochengewebe mit zahlreichen, weiten, unregelmäfsigen traversischen Kanälen. *H. Einhorn-München.*

Über einen Fall von Hodentuberkulose mit Auftreten subkutaner Granulationsgeschwülste, von L. Wick. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 21—22.) Bei einem Sanitätssoldaten entwickelte sich angeblich nach dem Tragen schwerer Lasten eine Hodentuberkulose. Während des Krankheitsverlaufes entstanden an Brust, Rücken und in verschiedenen Sehnenscheiden bis wallnufsgrofse Knoten, teils härtlich, teils fluktuierend, schmerzlos, von normaler Haut überzogen. Ein exstirpierter Knoten zeigte einen im Zentrum vereiterten Tumor aus Granulationsgewebe mit massenhaften Riesenzellen und spärlichen Tuberkelbacillen. Diese Tumoren vereiterten und vernarbten nach erfolgtem Durchbruch; einzelne kleinere bildeten sich auch ohne Vereiterung zurück. Verfasser knüpft an den Fall eine Reihe von Erörterungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zum Studium der Ätiologie der Varikocele, von B. S. Tolmey. (*New York med. Journ.* 14. Juli 1894.) Nach einer ausführlichen Besprechung der anatomischen Verhältnisse des Leidens und der bisherigen Versuche zur Erklärung desselben, welch letztere er aber alle für unzulänglich erklärt, schildert Verfasser die Hauptzüge bei drei Patienten, die zugestandenermafsen vorher oder zur Zeit noch dem Laster der Onanie ergeben waren. Im Anschlufs daran wird dargelegt, dafs die unter solchen abnormen Verhältnissen entstehende Überfüllung der Venen sehr wohl eine dauernde Dehnung ihrer Wandungen herbeiführen könne. Die bisherigen Er-

klärungen, Heredität, chronische Obstipation, angeborene Nachgiebigkeit der Vulvae spermaticae etc. mögen wohl ätiologisch eine gewisse Bedeutung haben, immerhin wäre es nicht unwichtig, auf diesen von T. angeregten Punkt weiter zu achten. Bei der großen Häufigkeit der Affektion (Landouzy z. B. will dieselbe bei 60 % aller seiner männlichen, im Alter zwischen 10 und 35 Jahren stehenden Patienten gefunden haben) ist Gelegenheit genug dazu geboten. Beim Weibe bilden Varicen des Ligamentum latum ein analoges Leiden mit ähnlichen Symptomen, und, wie Verfasser auf Grund einiger Beobachtungen, von denen eine mitgeteilt wird, annimmt, mit der gleichen Ätiologie. *Philippi-Remscheid.*

Epididymitis, von B. E. Vaughan. (*Amer. med. surg. Bull.* 1. Oktbr. 1894.) Unter 6663 Fällen von Blennorrhoe wurde 351 Mal, also in $6^1/_2$ %, Epididymitis beobachtet; gewöhnlich einseitig mit gleicher Beteiligung der beiden Seiten. Beginn meist nach der dritten Woche, selten während der ersten oder zweiten. Unter 50 näher beobachteten Fällen waren 20 ohne Behandlung, 13 gebrauchten Balsamica, 17 Balsamica und Injektionen. Einmal griff die Entzündung auf das subkutane Gewebe und auf die Haut über, was zur Entstehung eines Abscesses Veranlassung gab, der durch Incision geheilt wurde. Der Ausfluß verschwand meist beim Eintritt der Komplikation, um nach Besserung derselben wiederzukehren. Rectumuntersuchung ergab häufig eine Schwellung der Prostata, manchmal auch des Vas deferens und gelegentlich auch der Samenbläschen. In allen Fällen blieb eine leichte Induration zurück, auf deren Boden sich bei drei Patienten Tuberkulose entwickelte.

Behandlung: Sistierung der Balsamica und Injektionen. Innerlich: Hydrargyr. jod. virid. 0,015, Pulv. Glycyrrh. Extr. Myoscyami 0,05, dreimal täglich. Bettruhe. Lokal Bleiwasser, dem etwas Opium zugesetzt wurde; gut sitzendes Suspensorium. Die nach Eisapplikation zurückbleibende Induration ist fester und wird schwerer resorbiert. Heftpflasterverbände wirken gegen die Schwellung, befördern jedoch die Resorption nicht. Bei zu enger Anlage verursachen sie Schmerzen und können Atrophie des Testikels bedingen. Bei Abschwellung erfordert eintretende Lockerung eine Neuanlage des Verbandes, die durch den geringen Nutzen desselben nicht gerechtfertigt wird. Nach Heilung der Epididymitis ist zur Vermeidung von Recidiven die Urethritis posterior zu behandeln. *H. Einhorn-München.*

BOSTON MEDICAL LIBRARY AUG 9 1897

Verschiedenes.

Inunctor, Salbenreiber, von Aug. Heidenhain. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 20.) Um den mancherlei Übelständen, welche das Einreiben von Salben mit der Hand, mit oder ohne Zuhülfenahme von Leinwand etc., mit sich bringt, abzuhelfen, hat die Firma Max Kähler & Martini (Berlin W.) auf des Verfassers Veranlassung einen Salbenreiber hergestellt, bestehend aus einer keulenförmigen Handhabe mit abgeflachtem Kopf, der mit Stoff oder weichem Leder überzogen wird. Dieser Überzug kann gewechselt werden. Als Vorteile zählt Verfasser auf:

1. neutrale, sich der Körpertemperatur des Patienten anpassende Temperatur des einreibenden Instruments;

2. keinerlei Absorption, daher möglichst genaue Dosierung;

3. Billigkeit. Für jeden Patienten ein Instrument, daher die Unmöglichkeit von Übertragungen von Person zu Person.

(Dafs ein derartiges kleines Instrument unter Umständen sehr brauchbar sein kann, will ich gern zugeben, für die Inunktionen von Unguentum cinereum aber halte ich für das beste Instrument die Hand des Patienten selbst. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neue Injektionsspritze, von S. Rosenberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 25.) Der Stempel der Spritze besteht aus einem soliden Glasstabe, dessen Durchmesser dem Cylinder so angepafst ist, dafs zwischen beiden nur ein kapillarer Hohlraum bleibt. Das Instrument soll tadellos funktionieren. Jedenfalls ist es bequem zu desinfizieren. *F. Hahn-Bremen.*

Ignis sacer et Sancti Antonii, von Ehlers-Kopenhagen. (*Bibl. for Læger.* 1895. S. 167—200 und S. 257—300.) Verfasser giebt folgendes Resumé seiner Abhandlung: 1. Der mittelalterliche Begriff „Ignis sacer" entspricht recht gut dem modernen Begriff „Gangraena". Die Beseichnung „Ignis sacer" wird ebensowohl von dem durch Secalevergiftung als von der durch arterielle Embolie oder oblitterierende Arteriosklerose hervorgerufenen Gangrän gebraucht, deutet also auf keine bestimmte Ursache hin. 2. Wo Ignis sacer epidemisch auftritt, wird er Ignis Sancti Antonii genannt und ist dann immer einer Secalevergiftung (Ergotismus) zuzuschreiben. 3. Der Ergotismus ist durchaus nicht eine ausgestorbene Krankheit. Im 19. Jahrhundert hat man die Bedeutung des sporadischen Ergotismus für die Ätiologie gewisser Krankheiten, speziell der Akrodynie, der symmetrischen Gangrän der Extremitäten (Raynaud) und der Erythromelalgie nicht hinreichend berücksichtigt.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Salbenkruken mit emporschraubbarem Boden empfiehlt M. Conrady. (*Zeitschr. f. Krankenpfl.* Mai 1895.) Um der unsauberen Handhabung der heute üblichen Salbenkruken vorzubeugen, hat der Verfasser eine cylindrische Kruke mit Doppelboden und daran befestigtem Schraubenstempel konstruiert. Auf die gefüllte Kruke kommt der genau passende Deckel mit darin befindlichen Öffnungen für den Salbenauftritt und für den Schraubenstempel, auf den eine kleine Schraube aufgesetzt wird. Zieht man diese an, dann hebt sich der Doppelboden und drückt die Salbe durch die Öffnung im Deckel heraus. Letztere wird durch eine kleine Schraube oder einen Doppeldeckel geschlossen. Diese Vorrichtung dürfte den Zweck erfüllen, leider ist über ihren Preis nichts gesagt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fall von fibröser Rektalstriktur mit Epikrisis, von Ingolf Lönnberg. (*Hygiea.* 1894. No. 12.) Verfasser teilt einen solchen Fall bei einer 45jährigen Hotelmagd mit; Geburten hatte sie drei durchgemacht, davon die eine vor 20 Jahren mit der Zange; sie hatte nie Syphilis gehabt, dagegen vor 17 Jahren Ulcus genitalium mit Bubo inguinalis und vielleicht gleichzeitig Blennorrhoe. Das Rektalleiden hatte vor 15 Jahren angefangen. Die Striktur, welche kaum die Passage des kleinen Fingers erlaubte, war am Anus lokalisiert und erstreckte sich etwa 2 cm ins Rectum hinein. Zugleich gab es purulenten Ausfluſs vom Canalis cervicalis, Vagina und Urethra, deren Sekret Diplokokken enthielt, gruppenweise in den Eiterzellen gelagert. Nach Exstirpation der Striktur war die Analöffnung bei der Entlassung gut fingerdick. Die Striktur ist vermutlich auf blennorrhoische Infektion des Rectums durch eine bei der Operation gefundene Fistel, von der Glandula Bartholini ausgehend, zurückzuführen. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Und noch einmal die Prurigo temporanea.

Sehr geehrter Lehrer und Freund!

Erst heute lese ich die wenigen Worte, welche Herr Prof. HALLOPEAU in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* No. 8, Bd. XXI, pag. 412, an mich gerichtet hat — und meine Antwort wird noch einfacher, als die seinige sein.

Ich bin zuerst Herrn Prof. HALLOPEAU wirklich dankbar für die freundlichen Worte, welche er für mich gefunden hat.

Was nun den „chauvinisme mal placé" betrifft in meiner in *Giornale Italiano* publizierten Arbeit, Fasc. III, 1894, so habe ich auf Seite 315 gesagt: „Se il Prof. HALLOPEAU avesse avuta la bontà di leggermi, non certamente Egli, col suo spirito serenamente imparziale e **assolutamente incapace** di condire con uno spizzico di patriottismo anche la scienza, mi avrebbe fatto il torto di dare a BROCQ e a DARIER quello che indubbiamente è mio". Und die deutsche Ausgabe dieser Arbeit (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XX. No. 12) hat meinen Gedanken treu wiedergegeben. Also nicht allein, es ist nicht wahr, dafs ich „semble croire" an diesen Chauvinismus des Herrn Prof. HALLOPEAU, sondern habe ausdrücklich erklärt, dafs ich gar nicht daran glaube.

Was betrifft „la première pierre", so bin ich gezwungen, daran zu erinnern, 1. dafs meine Arbeit in italienischer Sprache ein Jahr vor der Mitteilung von Prof. HALLOPEAU publiziert wurde, und ein Jahr ist doch allzu wenig, um von einer schwierigen bibliographischen Untersuchung reden zu können, und ist andererseits allzu viel, um eine Entschuldigung darin suchen zu können, dafs meine Arbeit noch nicht die Grenze überschritten hätte; 2. dafs Dr. BROCQ in seinen Mitteilungen, welche Prof. HALLOPEAU in Händen hatte, genau meine italienische Arbeit citiert hat, und 3. dafs ich, wie es meine Pflicht war, sofort einen Separatabdruck dieser italienischen Arbeit Herrn Prof. HALLOPEAU übersendet habe. — Nun, es ist nicht schwer, denjenigen zu finden, welcher „la pierre première" dieser Art werfen kann!

Nichtsdestoweniger werden meine hohe Verehrung und Zuneigung für Herrn Prof. HALLOPEAU immer dieselben bleiben, und ich danke ihm, mir die Gelegenheit dazu gegeben zu haben, ihn derselben nochmals zu versichern.[1]

Mit den freundlichsten Grüfsen

Ihr ergebener

Palermo, 20. November 1895. P. TOMMASOLI.

[1] Hiermit ist die Prurigo-Angelegenheit für die Redaktion beendigt. U.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

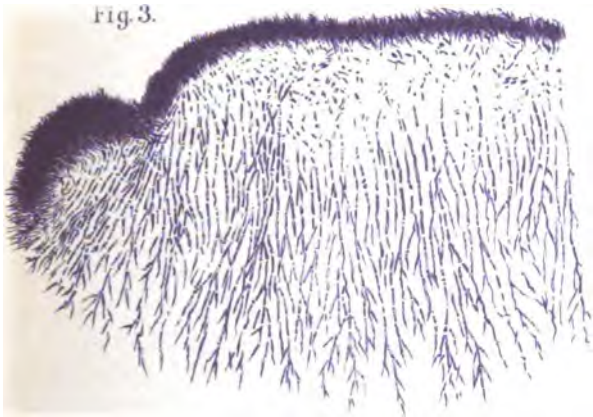


Fig. 4.

Dammert del. Lith. Anst. Johannes Klinkhardt Leipzig

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXII. No. 2. 15. Januar 1896.

Arbeit aus dem Laboratorium des Collège de France.

Kommen in den blutbereitenden Organen des Menschen normalerweise Plasmazellen vor?

Ein Beitrag zur Kenntnis der grofsen mononukleären Leukocyten.

Von

Dr. Menahem Hodara,
kaiserlich türkischem Marinearzt in Konstantinopel.

Schon vor mehreren Jahren hat Unna auf das Vorkommen von eigenartigen Zellen bei verschiedenen Hauterkrankungen, namentlich beim Lupus, aufmerksam gemacht; von den anderen Zellenvarietäten unterscheiden sie sich nach ihm sowohl morphologisch, wie auch in Bezug auf ihre Färbbarkeit. Wegen ihres Reichtums an Protoplasma nannte Unna sie „Plasmazellen“. Später konnte er ihr Vorkommen dann noch bei einer sehr grofsen Zahl von Dermatosen nachweisen. Dadurch haben die Plasmazellen eine grofse Bedeutung erlangt und sind heutzutage allen Dermatologen bekannt.

Mit dem von Unna angegebenen Färbeverfahren sind sie auch bei schwacher Vergröfserung leicht unter den anderen Zellgruppen der Haut herauszufinden. Für eine exakte Diagnose, besonders wo es sich um andere Organe, als die Haut, handelt, müssen aufser den Färbungsunterschieden auch ihre eigenartigen morphologischen Charakter beobachtet werden. Neben Unna hat sich die dermatologische Schule zu Breslau am eingehendsten mit diesen Zellen beschäftigt. Bald nach der ersten Mitteilung von Unna hat Jadassohn sie einem gründlichen Studium unterzogen, und in allerjüngster Zeit hat v. Marschalko eine ausführliche Arbeit über den nämlichen Gegenstand veröffentlicht.

In vielen Punkten haben diese beiden Forscher die Unnaschen Angaben einfach bestätigt; so namentlich in Bezug auf die Färbbarkeit und die Gestalt der Plasmazellen, ebenso auch in Bezug auf ihr Vorkommen bei den verschiedensten Hautkrankheiten. Nur in zwei Punkten besteht zwischen Unna und der Breslauer Schule eine Meinungsverschiedenheit,

und zwar über den Ursprung und über die Frage von der rein pathologischen Bedeutung der Zellen.

UNNA nimmt an, dieselben stammen von den Bindegewebszellen ab, da es ihm in Tausenden von Schnitten, die von den verschiedensten Hautkrankheiten herrührten, nicht gelang, einen anderen Ursprung zu entdecken. Niemals z. B. hat UNNA eine Plasmazelle im Innern eines Hautgefäfses, oder im Begriffe, ein solches zu verlassen, gefunden. Er sah sich zur Annahme gedrängt, dafs es sich um hypertrophische und durch die Erkrankung in Plasmazellen umgewandelte Bindegewebszellen handle. Zum Überfluſs konnte er in der Haut noch auf das überzeugendste Übergangsformen zwischen hypertrophierten Bindegewebszellen und Plasmazellen nachweisen.

v. MARSCHALKO, der die Frage nach dem Ursprung der Plasmazellen namentlich durch Tierversuche zu lösen bemüht war, kommt zu dem Schlusse, dafs sie von den Lymphkörpern herrühren. Er fand sie nämlich in Gefäfsen von Organen der Tiere, die er künstlich gereizt hatte. In den Hautgefäfsen aber vermochte er sie, ebensowenig wie UNNA, je nachzuweisen. Von seiner allgemeinen Anschauung ausgehend, nimmt er ohne weiteres an, dafs in allen Hautkrankheiten die Plasmazellen leukocytären oder richtiger lymphocytären Ursprunges sind.

Der zweite Meinungsstreit zwischen der Hamburger und Breslauer Schule besteht darin, dafs JADASSOHN und v. MARSCHALKO versichern, die Plasmazellen kommen normaliter in allen hämatopoetischen Organen, in der Milz, den Lymphdrüsen, dem Knochenmark vor, und sie seien keine pathologischen Neubildungen. UNNA dagegen bestreitet das und erklärt sie für echte pathologische Neuschaffungen. v. MARSCHALKO denkt sogar an die Möglichkeit, dafs die Plasmazellen in die Haut auswandern; spricht er doch von Lymphocyten, die chemotaktisch angezogen werden und durch eine leichte morphologische Veränderung sich in Plasmazellen umwandeln. Es scheint mir klar, dafs das normale Vorkommen von Plasmazellen in den gesunden, blutbereitenden Organen nicht notwendig auch ihre Anwesenheit in der Haut zur Folge haben müsse; denn da hier die Zellen im allgemeinen arm an Protoplasma sind, so hat der Befund von Plasmazellen in der Haut wirklich etwas Auffälliges und läfst an krankhafte Vorgänge denken. In dem gesunden Knochenmark, der Milz und den Lymphdrüsen dagegen hat man schon seit langem protoplasmareiche Zellen gefunden, so dafs die Gegenwart der Plasmazellen uns hier gar nicht wunderbar erscheinen würde. Gesetzt aber, sie kommen hier wirklich im gesunden Zustande vor, so glaube ich doch nicht, dafs das für die Haut irgend etwas zu bedeuten hätte. Denn im gesunden Knochenmark stöfst man z. B. auch auf Riesenzellen, die für die Haut doch sicher pathologisch sind. Trotzdem hielt ich es

für meine Pflicht, zu untersuchen, ob die Plasmazellen wirklich, wie es von den Breslauer Forschern behauptet wird, normaliter sich im Knochenmark, der Milz und den Lymphdrüsen finden, ob diese Zellen also wirklich zum regelrechten Besitzstand der genannten Organe gehören. Zu diesem Zwecke habe ich meine Untersuchungen im Collège de France unter Leitung von DARIER, dem man in diesen Fragen gewifs ein Urteil zutrauen darf, angestellt. DARIER war dabei so besonders liebenswürdig, mich mit seinem Rat zu unterstützen und meine Präparate gründlich und unparteiisch zu prüfen. Leider reichte meine Zeit nicht aus, auch dem ersten Streitpunkte zwischen Hamburg und Breslau nachzugehen und das umfangreiche Studium über den Ursprung der Plasmazellen aufzunehmen; ich mufste mich vielmehr darauf beschränken, verschiedene Exemplare der Milz, des Knochenmarks und der Lymphdrüsen zu untersuchen, um womöglich den zweiten Streitpunkt der beiden Schulen aufzuklären, d. h. für die Frage, ob Plasmazellen in den genannten drei Organen normalerweise vorkommen, eine endgültige Antwort zu geben.

Es sei mir nun gestattet, hier zuvörderst eine Beschreibung der Plasmazelle einzuschieben, damit wir uns über den Bau derselben verständigen können. Färbt man nach den Angaben von UNNA mit Methylenblau, so erkennt man schon bei schwacher Vergröfserung folgende Eigenschaften der Plasmazellen: 1. sie sind viel stärker blau gefärbt, als die verschiedenen anderen Zellarten; 2. sie kommen fast immer in geschlossenen, mehr oder minder grofsen Haufen vor. Bei stärkerer Vergröfserung gewahrt man dann weiter folgende Eigenschaften: sie sind im ganzen regelmäfsig geformt, rund oder oval, auch etwas kubisch, aber verhältnismäfsig selten nur polygonal. Im allgemeinen besitzen sie keine Verlängerungen und nur selten weisen sie bei einer dreieckigen Form an der einen Seite einen zarten, ziemlich langen Zellfortsatz auf. Ihr Protoplasma ist immer stark gefärbt, und dies ist ihre wichtigste und wesentlichste Eigenschaft, so zwar, dafs ich jede blafs gefärbte Zelle, mag sie auch sonst in allen morphologischen Eigenschaften, denen wir uns gleich zuwenden werden, die gröfste Übereinstimmung aufweisen, unbedenklich als nicht zu den Plasmazellen gehörig betrachte. Man mifsverstehe mich nicht. Die Möglichkeit, dafs solche Zellen noch zum Typus der Plasmazellen auswachsen, oder dafs sie früher einmal echte Plasmazellen waren, infolge degenerierender Vorgänge aber ihr Protoplasma abblafste — diese Möglichkeit will ich keineswegs bestreiten — hier soll nur betont werden, dafs eine Zelle mit blassem Protoplasma keine Plasmazelle ist, gleichviel, ob ihr noch etwas dazu fehlt, um es zu werden, oder ob sie infolge degenerativer Vorgänge es nicht mehr ist.

Das stark gefärbte Protoplasma der Plasmazellen ist fast immer an einer Seite des Kerns angehäuft, d. h., der Kern hat meistens eine

exzentrische Lage und das Protoplasma berührt zuweilen nur einen ganz kleinen Teil des Kernumfanges. Ein ander Mal liegt der Kern der Mitte wieder etwas näher; eine ganz zentrale Lage hat er aber nur selten. Die Dicke des Protoplasmas ist ebenfalls eine sehr wechselnde; bald ist es nahezu so dick, wie der Längsdurchmesser des Kerns, bald ist es zwei- bis dreimal dicker, als jener.

Jede Zelle, deren Protoplasma auf einen einfachen Saum zusammengeschrumpft ist, rechne ich nicht mehr zu den Plasmazellen, mag sie sonst auch alle Eigenschaften der letzteren besitzen. Zugegeben sei die Möglichkeit, dafs das Protoplasma solcher Zellen noch zunimmt, und dafs sie sich den Typus der Plasmazellen aneignen; einstweilen aber besitzen sie noch nicht die charakteristischen Eigenschaften, die jenen zukommen. Der Kern der Plasmazellen ist ganz eigenartig; fast immer hat er eine regelmäfsige, mehr oder weniger runde Form und ist von mittlerer Gröfse. Die Kerne der nicht veränderten Zellen haben alle so ziemlich das gleiche Volumen und die nämliche Gröfse. Auch ihr Bau ist meistens eigenartig, indem sie sich nämlich bei guter Kernfärbung aus groben, stark gefärbten Chromatinkörnchen zusammensetzen, die in Reih und Glied an der Peripherie lagern, während ein bis zwei Körnchen in der Mitte liegen. Bei guter Protoplasmafärbung sind die Kerne zuweilen ganz klar, mit einem einzigen zentralen Kernkörperchen. In diesem Falle sind sie an ihrer leidlich runden Form, an ihrer häufig exzentrischen Lage und an der bei allen ziemlich gleichen Gröfse erkennbar. Eine Eigenschaft der Plasmazellen besteht, wie schon erwähnt, darin, dafs sie fast immer nur in Haufen vorkommen; daneben trifft man sie in ganz seltenen Fällen auch wohl mal einzeln. Findet man in einem Präparate nicht mehr als drei bis vier Zellen, so mufs man es sich sehr überlegen, ob man sie als Plasmazellen anzusprechen hat. Bei einzelnen Hautkrankheiten, bei der Elephantiasis z. B., trifft es sich zuweilen, dafs manche Plasmazellen so gleichmäfsig stark gefärbt sind, dafs Protoplasma und Kern sich nicht voneinander abgrenzen lassen. In diesem Falle läfst der Kern sich nicht erkennen, und die Zellen sehen wie Kugeln aus, die gleichmäfsig stark dunkelblau gefärbt sind. In anderen Fällen hebt sich die Struktur des Kernes von der Masse des stark gefärbten Protoplasmas wiederum deutlich ab, trotzdem sie beide innig zusammenhängen und zwischen beiden nicht der geringste freie Raum, nicht die geringste anders schattierte Zone vorhanden ist. Indessen kommen auch Zellen vor, in denen ein gröfserer heller Raum zwischen Protoplasma und einer Seite des Kerns vorhanden ist.

Die Eigenschaften der nicht veränderten Plasmazellen sind mithin in Kürze folgende: 1. stark gefärbtes, mehr oder weniger reichliches Protoplasma; 2. runder, regelmäfsiger Kern von mittlerer Gröfse, von

häufig exzentrischer Lage und grobe Chromatinkörner enthaltend; 3. bald mehr, bald weniger regelmäfsig kubische Form der Zelle. Dies sind sämtliche Eigenschaften der UNNAschen Plasmazelle; diesem Zellentypus habe ich in den gesunden, blutbereitenden Organen des Menschen nachgespürt.

Ich habe mich dabei der UNNAschen Färbemittel bedient, der nämlichen, die auch bei der Färbung der Plasmazellen der Haut zur Anwendung kamen. Man färbt den Schnitt 5—10 Minuten lang mit Methylenblau polychromicum, wäscht in Wasser, entfärbt während 1 bis 2 Minuten in der Glycerin-Äthermischung, wäscht dann nochmals gründlich mit Wasser, entwässert in absolutem Alkohol, hellt in Bergamottöl auf und verschliefst das Präparat zuletzt mit Kanadabalsam. Für die besondere Untersuchung der Kerne habe ich mich der hierfür von UNNA angegebenen Färbungsweise bedient: 1. Man färbt 1—2 Minuten lang in Methylenblau polychromicum, wäscht darauf mit Wasser und fixiert mit einer von UNNA hergestellten Mischung, die bei Grübler in Leipzig zu haben ist und aus Tanninlösung mit Fuchsinum acidum besteht. Gleichzeitig mit der Fixation der Kerne färbt sich auch das Bindegewebe. Dann wäscht man von neuem in Wasser, entwässert in absolutem Alkohol und hellt in Bergamottöl auf. 2. Um dieses Verfahren nachzuprüfen, habe ich mich dann noch der gewöhnlichen Hämatoxylinprobe bedient: Färbung der Schnitte in Hämatoxylin eine Stunde lang, darauf Waschen mit Wasser, Entfärben in einem Gemisch von absolutem Alkohol und 1% Salzsäure, wiederum Waschen in Wasser, Entwässern mit absolutem Alkohol, Aufhellen in Bergamottöl und Einbetten in Kanadabalsam. Im ganzen habe ich auf diese Weise in 14 Fällen die Milz, die Lymphdrüsen und das Knochenmark untersucht. Die Präparate stammten von folgenden Fällen:

1. Milz eines 3 Monate alten Fötus . Abortus.
2. „ $5^1/_2$ „ „ . „
3. „ $7^1/_2$ „ „ . Frühgeburt.

In diesem letzteren Fall war die Milz äufserst hypertrophisch.

4. Milz eines einjährigen Kindes . . Tod infolge von Bronchitis
5. Lymphdrüse des nämlichen Kindes . — —
6. Knochenmark des nämlichen Kindes — —
7. Milz eines 2jährigen Kindes . . . Tod infolge von Bronchitis
8. Lymphdrüse eines zweijährigen Kindes — —
9. Knochenmark des nämlichen Kindes — —
10. Milz
11. Lymphdrüse } eines Erwachsenen von 33 Jahren.
12. Knochenmark

13. Milz eines Erwachsenen
14. Lymphdrüse eines Erwachsenen } der durch Bersten eines Aorten-Aneurysmas plötzlich zu Grunde gegangen war.

Die Histologie dieser drei Organe ist ja zur Genüge bekannt; ich brauche mich also nicht in Einzelheiten zu verlieren; zu diesem Zweck habe ich die Arbeit nicht unternommen. Vielmehr sollen uns hier nur die zelligen Elemente der drei Organe beschäftigen, und in diesem Punkte werde ich ausführlich sein. Nun findet man in Milz, Lymphdrüse und Knochenmark immer drei Arten von Zellen, nämlich spindelförmige Bindegewebszellen, Lymphocyten und grofse, einkernige Leukocyten.

Letztere sind im Knochenmark am zahlreichsten vertreten; in den Lymphdrüsen und der Milz herrschen dagegen die Lymphocyten vor, jedoch ist hier auch die Zahl der einkernigen Leukocyten recht beträchtlich. Wir werden uns nun zuerst mit dem Bau der Kerne dieser zelligen Elemente beschäftigen und später auch den Bau ihres Protoplasmas ins Auge fassen.

Die Kerne dieser drei verschiedenen Zellarten unterscheiden sich deutlich voneinander. Die Kerne der Spindelzellen behalten in den normalen Gebilden immer ihre typische Spindelform bei. Diejenigen der Lymphocyten sind immer klein oder nur mittelgrofs, rund oder leicht oval, gleichmäfsig stark gefärbt, einerlei, ob man mit der Methylenblau-Tannin-Methode oder mit Hämatoxylin gefärbt hat, ja, häufig trifft dies auch für die Methylenblau-Glycerin-Äther-Methode zu, wenn man nur nicht zu stark wiederum entfärbt hat. Zuweilen haben sie auch eine etwas schwächere Färbung. Ein Kern von der Gröfse eines Lymphocyten, der nicht rund ist, vielmehr eine unregelmäfsige, dreieckige, viereckige, pyramiden- oder nierenartige u. s. w. Form hat, wird von mir nicht als Lymphocyt anerkannt[1] und gewifs dann nicht, wenn er aufserdem trotz starker Färbung noch arm an Chromatin ist. Ebenso rührt auch ein Kern, der doppelte, dreifache oder gar vierfache Gröfse besitzt, selbst dann von keinem Lymphocyten her, wenn er rund und gleichmäfsig stark gefärbt ist. Ursprünglich besitzen die Kerne der Lymphocyten gar kein sichtbares Protoplasma; erst später umgeben sie sich mit einer geringen Menge, die dann meistens an einer Seite des Kernes angehäuft ist, selten nur ihn gleichmäfsig einhüllt. Dieses Protoplasma ist in der Regel homogen und nur sehr schwach gefärbt. Selten ist es kernig und weist deutlichere Färbung auf. Einzelne Lymphocyten haben wohl auch einen breiteren Protoplasmasaum, der dann aber für gewöhnlich homogen, blafs und schwach gefärbt ist.

Aufser diesen beiden typischen Kernarten, die den Spindelzellen und Lymphocyten angehören, beschäftigt uns noch eine dritte Gruppe von

[1] Über die Bedeutung solcher Kerne s. weiter unten.

Kernen, die von den grofsen, einkernigen Leukocyten abstammen. Ihre Entwickelung gestaltet sich in folgender Weise: Ursprünglich klein, nähern sie sich später in ihrer Gröfse den Lymphocyten, oder übertreffen diese etwas. In diesem Zustande sind sie entweder rund, wie die Lymphocyten oder ganz unregelmäfsig geformt. Dabei sind sie bald gleichmäfsig und stark gefärbt, wie die Lymphocyten, bald mehr oder weniger hell, sogar ganz farblos, also recht arm an Chromatin. Bei alledem ist es in diesem ersten Stadium oft sehr schwierig, die Kerne dieser Zellen von denen der Lymphocyten zu unterscheiden; möglich wird dies erst, wenn die kleinen Kerne der grofsen einkernigen Leukocyten[2] ganz unregelmäfsig geformt und gleichzeitig recht arm an Chromatin sind.

Sind nun aber im weiteren Verlaufe die Kerne der grofsen mononukleären Leukocyten etwas gröfser als die Lymphocyten geworden, so treten folgende unterscheidende Merkmale auf: Die Kerne der grofsen einkernigen Leukocyten können alle nur erdenklichen unregelmäfsigen Formen annehmen, indem sie rund oder oval, dreieckig oder viereckig, pyramiden- oder nierenförmig erscheinen, abgeplattet sind oder schliefslich ganz verschnörkelte, unbeschreibbare Gestaltungen aufweisen; die Mannigfaltigkeit der Formen ist dabei immer das Wichtigste. Im Gegensatze hierzu zeichnen sich die Kerne der Lymphocyten gerade durch die Einförmigkeit ihrer Gestalt aus. Ferner haben die Kerne der einkernigen grofsen Leukocyten die Neigung, immer weiter zu wachsen und ungeheure Ausdehnungen anzunehmen, so dafs sie die Kerne der Lymphocyten um das Vier- und Mehrfache übertreffen. Zu dem ersten Merkmal, der Unregelmäfsigkeit der Form, gesellt sich dadurch als zweites die Ungleichartigkeit des Volumens, indem sich kaum je zwei gleich grofse Kerne nachweisen lassen — wiederum ganz im Gegensatz zu dem Lymphocytenkernen, die fast alle die nämliche Gröfse besitzen. Endlich ist auch der Gehalt der ersteren Elemente an Chromatin ein aufserordentlich wechselnder: einige sind, unbekümmert um ihre Gröfse, ganz besonders chromatinhaltig, wie die Lymphocyten, und lassen sich gleichmäfsig und stark färben, so dafs man ihren Bau gar nicht mehr erkennen kann, gleichviel, welche Färbungsart man für Kern und Protoplasma wählt. In diesem Falle lassen sich die gleichmäfsig und stark gefärbten Elemente, als von den grofsen einkernigen Leukocyten herrührend, nur daran erkennen, dafs sie zwei-, dreimal gröfser, als die Lymphocytenkerne sind. Aufserdem sind auch die meisten von ihnen nicht rund, sondern ganz unregelmäfsig und bizarr geformt. Bei anderen Kernen dieser Leukocytengruppe

[2] Der Ausdruck: „Die kleinen Kerne der grofsen einkernigen Leukocyten" klingt etwas sonderbar. Im weiteren Verlaufe der Arbeit wird sich auch zeigen, dafs diese Bezeichnung nicht ganz treffend gewählt ist; ich werde daher am Schlufs einen passenden Namen für diese Elemente vorschlagen.

findet sich, ebenfalls unabhängig von ihrer Größe, das Chromatin, genau wie bei den Lymphocyten, an einzelnen Stellen angehäuft, während andere arm an diesem Stoff sind. Ist ihr Gehalt an Chromatin im ganzen nur ein geringer, so erscheinen sie bei der Färbung mit Methylenblau und nachfolgender Entfärbung in Glycerin-Äthermischung vollkommen klar, mit zwei Kernkörpern in der Mitte. Färbt man dagegen mit Hämatoxylin oder der Methylenblau-Tannin-Methode, so weisen sie in ihrem Innern außer ein bis zwei zentral gelegenen Kernkörperchen eine schwankende Menge Chromatinkörner auf. Diese Gruppe von Kernen läßt sich durch ihren eigenartigen Bau, durch ihre Armut an Chromatin, durch ihre Größe und ihre unregelmäßige Form leicht von den Lymphocyten absondern. Endlich können die Leukocytenkerne auch noch ganz hell erscheinen, gleichviel, womit man gefärbt hat, gleichviel, wie groß sie sind, mögen sie selbst nicht größer, als die Lymphocyten, sein. Für gewöhnlich freilich wächst ihre Helligkeit mit ihrer Größe. In diesem Zustande kann man sie nicht leicht mit irgend welchen Zellen verwechseln; sie gleichen dann höchstens hypertrophischen Bindegewebszellen.

Die Kerne dieser Zellen teilen sich, wie mich einzelne, beweisende Funde gelehrt haben, durch direkte (amitotische) Spaltung; alle Kerne, die im Begriffe stehen, sich zu teilen, sind immer sehr stark und gleichmäßig gefärbt und von ungleichmäßiger Gestalt, bald viereckig, bald mehr rund u. s. w. Die jungen, aus dieser Spaltung hervorgegangenen Kerne verhalten sich ebenso, zuerst sind sie mehr flach und sehr stark gefärbt, wodurch sie leicht erkennbar werden; allmählich nehmen sie dann mehr und mehr die runde Gestalt an, hellen sich auf und werden wie die anderen chromatinarmen Kerne.

Auch die Lagerung der Kerne der großen einkernigen Leukocyten im Protoplasma ist eine ganz ungleichmäßige. Solange sie klein sind, haben sie, wie die Lymphocyten, kein Protoplasma, aber auch, wenn sie die letztgenannten Zellen viermal an Größe überragen, können sie des Protoplasmas noch ganz entraten. Im allgemeinen allerdings hüllen sie sich ganz ungleichmäßig in einen Mantel von Protoplasma, der sie bald, wie es bei dem Lymphocyten der Fall ist, an einer Seite frei läßt, so daß der Kern also exzentrisch liegt, bald sie überall umgiebt, sie demnach eine nahezu zentrale Lage einnehmen läßt, teils endlich gewissermaßen nur in Fetzen um sie hängt, d. h. das Protoplasma häuft sich an irgend einem Punkte in Form eines Dreiecks, einer Pyramide an, oder es lagert an beiden Polen der Zelle und verhilft ihr dadurch zu einer spindelförmigen Gestalt. Wir werden aber bald sehen, daß diese Zellen auch ganz regelmäßig geformt sein können. Auch in der Färbung zeigt das Protoplasma ein wechselndes Verhalten; in der einen Gegend der Zelle ist es sehr schwach, in der anderen sehr stark gefärbt und

bisweilen hat es überall eine gleichmäfsig starke dunkelblaue Färbung. In der Regel freilich ist letztere nur schwach, und man stöfst auch in seltenen Fällen auf Zellen, die gar kein Protoplasma besitzen. Kerne und Protoplasma dieser Zellen nehmen als ganzes alle nur erdenklichen Formen an, und sie sind daran erkennbar, dafs sie weder in ihrer Gestalt, noch in ihrer Gröfse untereinander übereinstimmen, d. h., dafs keine so grofs und so geformt ist, wie die andere. Daher möchte ich, einem Rat von DARIER folgend, für diese Zellen den Namen Polyeidocyten[1] vorschlagen. Dieser Name scheint mir wenigstens geeigneter, als „grofse einkernige Leukocyten", denn diese Elemente sind nicht immer grofs, es giebt unter ihnen auch kleinere und ganz kleine Exemplare.

Unter diesen Polyeidocyten kommen auch regelmäfsige Formen vor, runde, ovale und annähernd kubische, besonders wenn sie dichtgedrängt zusammenstehen. Eine wichtige Eigentümlichkeit dieser Zellen ist die folgende: ihre Kerne sind bisweilen, wie schon erwähnt, gleichmäfsig stark überall gefärbt. Nun kommt es häufig genug vor, dafs sich auch das Protoplasma sehr stark färbt. Dann läfst sich dieses vom Kern nicht unterscheiden, so dafs nunmehr die ganze Zelle, rund oder oval, gleichmäfsig blau gefärbt erscheint. Ist aber in einem solchen Falle der Kern nur teilweise gefärbt, dann verschmilzt dieser Teil tinktoriell mit dem Protoplasma, und man gewahrt nur den hellen Teil des Kerns. So kommt es dafs ein grofser Teil der Polyeidocyten oder grofsen einkernigen Leukocyten zur Hälfte, zu drei Vierteilen sehr stark gefärbt sind, während der Rest hell bleibt und einzelne unter ihnen überall gleichmäfsig und stark dunkelblau gefärbt sind. Diese Eigentümlichkeit ist nun insofern wichtig, als die letzteren Zellen, besonders wenn sie rund, oval oder würfelförmig sind, als UNNAsche Plasmazellen imponieren können. Allerdings hat in den wirklichen Plasmazellen — im Gegensatz zu diesen Pseudoelementen — der Kern sehr häufig eine deutliche und abgerundete Gestalt und einen charakteristischen Bau. Im allgemeinen sind die Plasmazellen allerdings nicht gleichmäfsig gefärbt, ausnahmsweise trifft man aber in der Haut auch auf derartige Exemplare mit gleichmäfsiger Färbung und mit einem Kern, dessen Bau nicht deutlich erkennbar ist. Ich habe Herrn DARIER solche Pseudoplasmazellen vorgelegt, die zum Teil stark gefärbt, zum Teil hell waren, daneben andere, die überall stark und gleichmäfsig gefärbt waren; dieser Forscher schlofs sich meiner Meinung an, dafs die letztere Art vollkommen wie die Plasmazellen UNNAS aussähen, obschon kein Zweifel bestände, dafs sie dies nicht seien, dafs sie vielmehr zu den Polyeidocyten oder grofsen

[1] Poly = viel; eidos = die Gestalt.

einkernigen Leukocyten gehörten. Der Nachweis, daſs die in Frage stehenden Zellen keine wirklichen Plasmazellen sind, gelingt übrigens auch ganz leicht, wenn man, anstatt das Protoplasma zu färben, die Kerne mit Hämatoxylin färbt; dann treten nur die letzteren deutlich hervor, und man erkennt ihre Zugehörigkeit zu den Polyeidocyten sowohl an der Unregelmäſsigkeit ihrer Form, die mit der schlicht runden Form der Plasmazellenkerne nicht wohl zu verwechseln ist, wie auch häufig an ihrem Umfang, der viel beträchtlicher als bei den Kernen der Plasmazellen sein kann.

In diesen Pseudoplasmazellen mit stark gefärbtem Kern und Protoplasma kommt es aber nicht allemal infolge gleichmäſsiger Färbung zu einer Verschmelzung dieser beiden Elemente; vielmehr stöſst man vielfach auf Zellen, wo der dunkelblaue Kern sich deutlich vom stark gefärbtem Protoplasma abhebt, besonders dann, wenn das letztere etwas schwächer gefärbt ist, als der erstere. In diesen Fällen treten die oben besprochenen Verschiedenheiten von den Kernen der wirklichen Plasmazellen noch viel schärfer hervor; man erkennt noch viel deutlicher die Unregelmäſsigkeit der bald viereckigen, bald dreieckigen u. s. w. Form, sowie die Unterschiede in den Gröſsenverhältnissen der beiden Arten Zellkerne. Zuweilen umschlieſst das ausgiebig und stark gefärbte Protoplasma dieser Pseudoplasmazellen einen kleinen, zentral gelegenen Kern; dieser Kern ist etwas abgeplattet, fast spindelförmig und kann so stark gefärbt sein, daſs von seinem Bau durchaus nichts zu erkennen ist — ganz im Gegensatz zu den wirklichen Plasmazellen, deren runder Kern eine exzentrische Lage einnimmt. Endlich kommen auch Pseudoplasmazellen vor, deren dunkles Protoplasma einen mittelgroſsen Kern beherbergt; dieser ist freilich meistens unregelmäſsig, kann aber auch abgerundet sein und verleiht dann dem ganzen Gebilde das Aussehen einer wirklichen Plasmazelle. Nur der eine Unterschied bleibt immer bestehen, daſs hier der Kern fast allemal mit Methylenblau und Glycerin-Äthermischung total gefärbt wird, während der Kern der wirklichen Plasmazelle sich dadurch auszeichnet, daſs meistens grobe Chromatinkörner in seiner Peripherie zu finden sind. Sehr häufig liegen die unregelmäſsig geformten Kerne der Pseudoplasmazellen im Zentrum der Zelle. Füllt das stark gefärbte Protoplasma aber nur eine Seite der Zelle aus, so kommt der Kern natürlich exzentrisch zu liegen.

Wir haben also gefunden: In den drei blutbereitenden Organen, der Milz, dem Knochenmark und den Lymphdrüsen, kommen Zellen vor, die zu den Polyeidocyten oder groſsen, einkernigen Leukocyten — nicht aber zu den Lymphocyten — gehören und die ganz das Aussehen Unnascher Plasmazellen haben, die sich aber von diesen durch die erwähnten Merkmale unterscheiden lassen. Zellen, bei denen diese Unterscheidung nicht

leicht gelingt, trifft man nur höchst selten, und auch dann nur zu ein bis zwei Exemplaren in mehreren Präparaten; hier erfordert es schon ein ganz genaues Nachsehen, um die feinen Unterschiede, namentlich an den Kernen, wahrzunehmen. Die falschen Plasmazellen enthalten niemals das charakteristische Gefüge der Chromatinkörper. Aufserdem sind die wirklichen Plasmazellen, wo sie überhaupt vorkommen, nicht so spärlich verteilt, wie die falschen, vielmehr findet man sie dann immer reichlich und zu gröfseren oder kleineren Haufen in der Haut angesammelt.

Unter all den Zellenformen, die die wirklichen Plasmazellen vortäuschen, ist diejenige die häufigste, die in ihrer äufseren Erscheinung der Plasmazelle gleichkommt und ein ebensostark gefärbtes Protoplasma wie diese besitzt, bei der aber der Kern zentral gelagert, gleichmäfsig und stark gefärbt ist und die verschiedensten geometrischen und unregelmäfsigen Formen annimmt. Noch sei bemerkt, dafs zu den Polyeidocyten auch ganz grofse Kerne gehören, die keine Spur von Protoplasma besitzen und gleichmäfsig und stark färbbar sind. Diese Kerne erreichen die Gröfse von Plasmazellen und haben oft runde, ovale oder Würfelform etc. Auf den ersten Blik läfst es sich nicht sagen, ob diese Elemente noch wieder besondere Kerne haben oder ob die letzteren nur tinktoriell mit dem Protoplasma verschmolzen sind. Bei oberflächlicher Prüfung könnte man, wie mir scheinen will, diese grofsen Kerne wohl für Plasmazellen ansprechen, denn wie schon erwähnt, kommen in der Haut einzelne Plasmazellen vor, die durchweg gleichmäfsig gefärbt sind, so dafs von einem Kern nichts zu erkennen ist.

Im Innern der Lymphdrüsen, der Milz, der Blutgefäfse, die noch mit ihrem Endothel ausgekleidet sind, findet man aufser den kleinen stark gefärbten Lymphocyten sämtliche hier aufgezählte unregelmäfsige Formen der Polyeidocyten, von den kleinen Kernen, die nicht gröfser als die Lymphocyten sind, bis zu riesig grofsen Kernen. Dabei ist das Verhalten des Chromatins ein ganz verschiedenes; bald sind die Kerne hell, bald teilweise dunkel, bald durchweg stark gefärbt; ihr Protoplasma kann fehlen, und es kann nur schwach oder sehr stark gefärbt sein.

Es tritt nunmehr die Frage an uns heran: Sind die Polyeidocyten Abkömmlinge der Lymphocyten, oder haben die beiden Formen nichts miteinander zu thun? Nach meiner persönlichen Überzeugung ist das letztere der Fall, die Polyeidocyten oder grofsen, einkernigen Leukocyten stammen nicht von den Lymphocyten ab; leider aber fehlt mir hierfür der bündige Beweis. Wohl sind die Kerne der Polyeidocyten im Anfang klein, einige auch rund und stark gefärbt, wie diejenigen der Lymphocyten, aber die gröfsere Menge derselben ist schon an der unregelmäfsigen Form und der Chromatinarmut erkennbar. Im weiteren Wachstum entwickeln sich dann die beiden Zellarten so verschiedenartig, dafs es un-

möglich bedünken will, sie als Varietäten einer Gattung aufzufassen. Denn die Lymphkörperchen bleiben immer klein und rund, die Polyeidocyten dagegen wachsen ins riesenhafte und nehmen unregelmäfsige Formen an.

Bis jetzt hat sich meine Untersuchung nur mit den drei Zellformen, den spindelförmigen Bindegewebszellen, den Lymphkörperchen und den Polyeidocyten, beschäftigt; alle drei finden sich regelmäfsig in den gesunden, blutbereitenden Organen. Die Milz des dreimonatlichen, sowie die des fünfmonatlichen Fötus hat mir besonders zu Untersuchungen über die ersten Entwickelungsstadien der Polyeidocyten gedient. Auch die Lymphdrüsen des einjährigen und des zweijährigen Kindes wurden zu diesem Zwecke ausgenutzt. Neben den erwähnten drei Zellformen konnte ich in zehn von mir untersuchten Organen auch nicht die Andeutung einer echten Plasmazelle finden, trotzdem ich meine Nachforschungen oftmals wiederholt habe. Nur in zwei Präparaten stiefs ich auf echte Plasmazellen, beide Male aber handelte es sich um erkrankte Organe. Das eine Mal handelte es sich um die Milz des siebeneinhalbmonatlichen Fötus, die, wie schon erwähnt, beträchtlich hypertrophiert, also sicher auch krank war, das andere Mal um die Milz eines einjährigen Kindes mit ausgedehnten hämorrhagischen Herden, so dafs also auch dieses Organ als erkrankt zu betrachten ist. Beide Organe habe ich erst nach Beendigung der übrigen Arbeit untersucht, so mögen denn auch beide erst am Schlufs der Abhandlung ihre Besprechung finden.

Bemerkungen zur Arbeit des Herrn v. Marschalko[4] und Schlufsfolgerungen.

Vergleiche ich meine Befunde mit denen von v. Marschalko und Jadassohn, so finde ich, dafs wir namentlich in zwei Punkten auseinandergehen: 1. jene finden in den gesunden drei Organen, der Milz, dem Knochenmark und den Lymphdrüsen, allemal Unnasche Plasmazellen in reichlicher Menge; ich dagegen vermifste sie in zwölf Untersuchungsstücken zehnmal vollständig, und die zwei Male, wo ich sie fand, handelte es sich um erkrankte Organe.

2. v. Marschalko und Jadassohn sprechen nirgends davon, dafs in jenen Organen Zellen vorkommen, die den Plasmazellen ähnlich sehen; ich andererseits behaupte, in fast jedem Präparat eine grofse Menge solcher Zellen gefunden zu haben, die in der auffälligsten Weise den Unnaschen Plasmazellen gleichen. Was ihre Färbungseigenschaften anbelangt, haben diese falschen Plasmazellen, welche zu den Polyeidocyten gehören, mit den echten Plasmazellen das gemeinsam, dafs beide sich stark färben. Morpho-

[4] v. Marschalko: Über die sog. Plasmazellen u. s. w. *Arch. f. Dermat.* 1895.

logisch weisen sie einige unterscheidende Merkmale auf; trotzdem sind Darier und ich darin einig, dafs ein Irrtum möglich, und dafs man einzelne dieser dunkelblau gefärbten falschen Plasmazellen für echte halten könnte. Um die unterscheidenden Merkmale beider Zellgruppen noch schärfer zu betonen, wird es angebracht sein, uns das hier ins Gedächtnis zurückzurufen, was v. Marschalko selber in seiner Arbeit über die morphologischen Eigenschaften der Plasmazellen erwähnt: 1. Die Plasmazelle ist rund, oval, würfelförmig, bisweilen auch polygonal. 2. Ihr Protoplasma ist gegen die Peripherie der Zelle zusammengeballt, so dafs der Rand der Zelle stärker gefärbt ist und zwischen dem Kern und dem Protoplasma ein lichter Raum bleibt. 3. Ihr Kern ist rund oder oval, färbt sich stark und ist gleichmäfsig aus Chromatin aufgebaut; an seiner Peripherie findet man 5—8 Chromatinkörner. 4. Der Kern hat eine exzentrische Lage.

Diejenigen Elemente nun, die zu einer Verwechselung mit den Plasmazellen Anlafs geben können, gehören, wie ich das schon auseinandergesetzt habe, zu den grofsen einkernigen Leukocyten oder Polyeidocyten. Das aber steht aufser Frage, dafs die meisten Polyeidocyten gar nicht mit den Plasmazellen verwechselt werden können, dafür sind ihre unterscheidenden Merkmale im allgemeinen zu sinnfällig. Denn 1. haben die allermeisten Polyeidocyten ganz unregelmäfsige und wechselnde Formen, sie sind bald rund, bald oval, bald dreieckig, pyramidenförmig, spindelförmig u. s. w. u. s. w.; kurz, ihre Formen gleichen in nichts den Plasmazellen. 2. Ihr Protoplasma ist ganz schwach gefärbt und ganz unregelmäfsig um den Kern verteilt, so dafs auch nach dieser Richtung hin eine Verwechselung mit den Plasmazellen ausgeschlossen erscheint. 3. Die Kerne sind meistens hell, grofs und füllen fast die ganze Zelle aus; ihre Formen sind so unregelmäfsige, dafs sie sich gar nicht beschreiben lassen, und schliefslich sind sie oft zwei bis viermal gröfser, als die gröfsten Kerne von Plasmazellen, so dafs auch hier ein Irrtum nicht möglich ist. Um diese Zellen dreht sich der Streit aber auch gar nicht; sie sind ganz leicht zu erkennen.

Uns interessieren hier vielmehr diejenigen Polyeidocyten, die stark gefärbt sind und die man daher auch für Plasmazellen halten könnte. In den drei blutbereitenden Organen findet man unter den grofsen, dichtgedrängten Haufen von Polyeidocyten allemal eine beträchtliche Zahl von Pseudoplasmazellen, die ganz gleichmäfsig dunkelblau gefärbt sind, so dafs der Bau des Kernes nicht zu erkennen ist. Diese falschen Plasmazellen ähneln nach Form und Umfang vollkommen den echten. Aber weder v. Marschalko noch Jadassohn thun ihrer in ihren Arbeiten Erwähnung. Was hat v. Marschalko mit diesen Zellen angefangen? Hat er sie mit echten Plasmazellen verwechselt? oder hat er sie vielleicht gar nicht zu Gesicht bekommen? Wie dem auch sein mag, so viel ist sicher, dafs

v. Marschalko die wahre Natur dieser Zellen nicht erkannt hat, denn in seiner Schilderung der grofsen, einkernigen Leukocyten, von der gleich die Rede sein wird, findet sich nichts, was auf jene Elemente anwendbar wäre. Das gebe ich ja zu, dafs man sie bei flüchtigem Blick wegen ihrer dunklen Färbung für echte Plasmazellen nehmen könnte; finden sich doch sicher in der elephantiastischen Haut z, B. vollkommen entwickelte Plasmazellen, die so stark gefärbt sind, dafs vom Bau ihres Kerns nichts zu sehen ist. Andererseits hat v. Marschalko in der That es in seiner Schilderung von den Plasmazellen ausgesprochen, dafs ihr Kern immer sichtbar sei und aus regelmäfsigen Chromatinkörnern bestehe. Aber trotz dieser seiner Beschreibung scheint es mir erlaubt, vorauszusetzen, dafs er die Polyeidocyten für echte Plasmazellen gehalten hat, und zwar vermute ich das aus zwei Gründen, weil er erstens dieser überall gleichmäfsig und stark gefärbten Zellen, die ich in allen meinen zwölf Fällen gefunden habe, nirgends Erwähnung thut, und weil er zweitens die Thatsache gar nicht berührt, dafs unter den grofsen einkernigen Leukocyten oder Polyeidocyten auch Zellen vorkommen, deren Protoplasma sich ebensostark wie das der echten Plasmazellen färbt.

Unter den, den Plasmazellen ähnlichen, Polyeidocyten finden sich neben den erwähnten Formen mit gleichmäfsiger Färbung auch noch solche, deren Protoplasma zwar auch stark gefärbt ist, bei denen der Kern aber sichtbar bleibt und dunkler erscheint. Diese Pseudoplasmazellen unterscheiden sich von den echten durch ihre Kerne; dieselben sind meistens unregelmäfsig geformt, viereckig, dreieckig, flach u. s. w. und haben häufig eine zentrale Lage. Selten nur sind die Kerne rund und exzentrisch gelagert und immer sind sie durchweg stark gefärbt, wenn man sie auch mit der Glycerin-Äthermischung noch so nachhaltig entfärbt hat. Niemals habe ich in den Kernen dieser falschen Plasmazellen die Chromatinkörner beobachtet, die für die Kerne der echten Elemente doch so charakteristisch sind. Zwischen Kern und Protoplasma der falschen Plasmazellen befindet sich fast nie ein lichter Raum, und nur vereinzelt war der Kern durch einen leeren Raum von dem Protoplasma getrennt.

Es ist selbstverständlich, dafs jeder Forscher, der diese Frage richtig beurteilen will, notwendigerweise die Entwickelung der Polyeidocyten vom Anfang bis zum Ende verfolgen mufs. Man thut gut, dieses Studium beim Fötus zu beginnen und allmählich zu höheren Lebensaltern aufzusteigen. Den Polyeidocyten oder grofsen, einkernigen Leukocyten kommt aber nur deshalb in dieser Frage eine so hohe Bedeutung zu, weil einzelne von ihnen den Plasmazellen so auffallend ähnlich sehen können.

Dafs v. Marschalko diese Elemente einer gründlichen Untersuchung gewürdigt habe, möchte ich bezweifeln, und zwar aus folgenden Gründen: v. Marschalko sagt in seiner Arbeit über diese Zellen (S. 34): „Diese

(grofsen einkernigen Leukocyten) sind vor allem gröfser (als die Lymphocyten), haben einen grofsen, runden oder ovalen, sehr oft eingebuchteten Kern, der viel chromatinärmer ist und sich demzufolge auch nicht so dunkel färbt, und einen deutlichen, ebenfalls schwach gefärbten Protoplasmaleib." Und ferner heifst es S. 51 ebenfalls über diese Elemente: „etwas blafs gefärbten, mit spärlicherem Chromatin versehenen Kern und einen meistens deutlichen, wenn auch sehr blafs gefärbten Zellleib besitzen". So ist also, nach dem Ausspruche v. MARSCHALKOS, das Protoplasma dieser Zellen sehr schwach gefärbt und blafs, sehr blafs. Diese Behauptung halte ich nicht für ganz zutreffend. Allerdings giebt es eine grofse Anzahl von Polyeidocyten mit blafs, mit sehr blafs gefärbtem Protoplasma, ja, letzteres kann bei einzelnen Exemplaren, die dann einen ausnehmend grofsen Kern besitzen, sogar ganz fehlen; aber es finden sich doch auch zahlreiche Elemente darunter, deren Protoplasma den nämlichen oder selbst einen gröfseren Raum beansprucht, als das der Plasmazellen. Dieses Protoplasma ist stark gefärbt, ebenso stark und auch stärker, als das der Plasmazellen, trotz einer voraufgehenden, noch so kräftigen Entfärbung mit Glycerinäthermischung. In den Präparaten aus den drei blutbereitenden Organen, sicher allemal in denen aus dem Knochenmark, gewahrt man schon bei schwacher Vergröfserung einzelne Zellenhaufen, die sich von den übrigen Zellen durch ihre starke, dunkelblaue Färbung abheben. Untersucht man diese Zellenhaufen bei stärkerer Vergröfserung, so erkennt man deutlich, dafs es sich um Polyeidocyten handelt, deren Protoplasma stark gefärbt ist; man gewahrt auch ihren unregelmäfsigen Kern und alle anderen Eigenschaften, die ich den Polyeidocyten zugeschrieben habe. Wie von dem Protoplasma, so behauptet v. MARSCHALKO auch von den Kernen der grofsen einkernigen Leukocyten oder Polyeidocyten, dafs sie immer chromatinarm und dafs sie grofs seien. Auch diese Behauptung v. MARSCHALKOS entspricht nicht ganz den Thatsachen. Sicher besitzen die meisten dieser Elemente einen grofsen Kern; aber — wie ich das früher ausgeführt habe — mit ihrer höchsten Gröfse haben diese Kerne auch den Höhepunkt ihrer Entwickelung erreicht; im Beginne sind sie klein, und nur allmählich wachsen sie zu einer so ungeheuren Gröfse an. Auch das trifft zu, dafs die meisten dieser Kerne nur wenig Chromatin besitzen, gleichviel, ob sie klein oder grofs sind. Aber eine ganz beträchtliche Anzahl unter ihnen sind doch auch reich an Chromatin und teilweise stark gefärbt, noch andere endlich enthalten sogar sehr viel Chromatin und sind durchweg stark gefärbt, so dafs man ihren Bau gar nicht erkennen kann. Das alles trifft besonders für diejenigen Zell-

kerne zu, die im Begriffe stehen, sich zu teilen, wie auch für die jungen Kerne, die aus solcher Teilung hervorgegangen sind.

Aus diesen Gründen vermute ich, dafs v. MARSCHALKO gar nicht die richtigen Eigenschaften der grofsen einkernigen Leukocyten oder Polyeidocyten verzeichnet, mit anderen Worten, dafs er vielleicht, trotz der von ihm gelieferten Beschreibung, die stark gefärbten Zellen, die falschen Plasmazellen, die in Wirklichkeit zu den Polyeidocyten gehören, für echte Plasmazellen gehalten hat. Ich vermute ferner, dafs hier vielleicht der Grund liegt, warum er sowohl, wie JADASSOHN in jedem der drei blutbereitenden Organe so viele UNNAsche Plasmazellen finden, während ich trotz eifrigsten Suchens in zehn gesunden Organen nicht ein einziges derartiges Element aufspüren konnte.

* * *

Im Anschlufs an die Untersuchung der zwölf Organe, die hier mitgeteilt wurde, habe ich dann noch zwei weitere Präparate aus der Milz, bezw. den Lymphdrüsen eines Erwachsenen — die No. 13 und 14 meiner Liste — untersucht. In diesen beiden Präparaten nun habe ich einige wenige Zellen gefunden, die wohl morphologisch den Plasmazellen glichen, sich aber in Bezug auf die Färbung beträchtlich von ihnen unterschieden. Ihre Kerne waren ebenso gebaut und geformt, wie die der Plasmazellen, und glichen diesen in ihrem ganzen Aussehen, nur dafs ihr Protoplasma auffällig blafs war. Auch v. MARSCHALKO erwähnt das Vorkommen solcher Zellen in der Milz u. s. w., die sich morphologisch in nichts von den echten Plasmazellen unterscheiden und sich nur in Bezug auf die Färbung anders verhalten, indem ihr Protoplasma, wie v. MARSCHALKO sich ausdrückt, „um einen Gedanken blasser" ist, als das der wirklichen Plasmazellen. Darin weiche ich nun von v. MARSCHALKO ab, dafs ich diese Zellen nicht, wie er, in jedem Falle fand; in 14 Fällen ist es mir vielmehr nur zweimal geglückt; und auch darin unterscheiden wir uns, dafs ich das Protoplasma dieser Zellen für viel blasser halte, als das der Plasmazellen. Es ist so blafs, dafs man erst nach langem Suchen in Ölimmersion dazu kommt, seine Umrisse zu bemerken, selbst wenn man mit der gröfsten Umsicht und nur ganz mäfsig vorher entfärbt hat. Die echten Plasmazellen der Haut dagegen springen schon bei schwacher Vergröfserung infolge ihrer starken Färbung mit Methylenblau aus den Gruppen der übrigen Zellen in die Augen. Ich kann es daher nicht billigen, dafs man diese Zellen mit blassem Zellleib, die ich in den beiden letzten Präparaten aus der Milz und den Lymphdrüsen gefunden habe, kurzweg mit den stark gefärbten und gut entwickelten Plasmazellen der Haut identifiziere.

v. MARSCHALKO bemerkt ferner, dafs die etwas blassen Zellen, die er in der Milz u. s. w. gefunden hat, sich nach Einspritzung von Tuberkulin ebenso stark wie die Plasmazellen der Haut färben. Nun, selbst wenn man diese Angaben von v. MARSCHALKO zuläfst, dafs sich also infolge irgend eines krankhaften Einflusses die blassen Zellen in solche mit stark gefärbtem Protoplasma, also in wirkliche Plasmazellen umwandeln, so folgt daraus doch noch nicht, dafs auch die Zellen meiner beiden letzten Präparate, solange sie noch blasse Leiber haben, auch schon echte Plasmazellen sind; immer mufs ihr Protoplasma vielmehr erst eine gleichwie geartete krankhafte Veränderung durchmachen, ehe sich bei ihnen die Umwandlung in echte Plasmazellen vollzieht. Man kann diese Zellen also höchstens als solche bezeichnen, die wohl sehr leicht Plasmazellen werden können, die es aber noch nicht sind. Ob diese blassen Zellen sich nun auch wirklich infolge irgend eines Reizes in Plasmazellen umwandeln können — diese Frage bleibe hier ganz unerörtert. Das mag möglich sein; darüber weifs ich aber nichts zu sagen, denn die Frage nach dem Ursprung der Plasmazellen liegt ganz aufserhalb des Bereiches meiner Untersuchung. Als Plasmazellen kann ich aber auf alle Fälle nur diejenigen gelten lassen, die sowohl morphologisch die Eigenschaften dieser Elemente besitzen, wie auch in ihrem Protoplasma sich stark färben lassen. Ich kann daher die so auffallend blafs gefärbten Zellen meiner beiden letzten Präparate, trotz ihrer morphologischen Übereinstimmung mit den Plasmazellen der Haut, unmöglich für solche ansprechen.

Schlufssätze.

1. Unter den 14 von mir untersuchten blutbereitenden Organen enthielten 10 gar keine UNNAschen Plasmazellen. In zwei Fällen habe ich diese letzteren angetroffen, aber diese beiden Organe waren krankhaft verändert; es bestanden Hypertrophie, ausgedehnte hämorrhagische Herde. In zwei weiteren Fällen hatten die Zellen die morphologischen Eigenschaften der Plasmazellen, ihr Protoplasma aber war aufserordentlich blafs, so dafs man sie gerechterweise nicht mit jenen identifizieren kann.

2. In sämtlichen Präparaten fanden sich Zellen mit stark gefärbtem Kern und Protoplasma, Zellen, die sicher zu den grofsen einkernigen Leukocyten gehören, und die ich Polyeidocyten getauft habe. Sie besitzen eine ganz auffällige Ähnlichkeit mit den Plasmazellen, lassen sich aber doch durch bestimmte Merkmale, die ich aufgezählt habe, von ihnen unterscheiden. Immerhin mögen sie zu manchen Irrtümern Anlafs geben, indem man sie mit den echten Plasmazellen verwechselt, zumal wenn man sich nicht vorher gründlich mit den Polyeidocyten beschäftigt hat.

3. Nach diesen Ausführungen halte ich schliefslich die UNNAsche Plasmazelle für ein rein krankhaftes Erzeugnis, da man sie sonst

immer in den blutbereitenden Organen vorfinden müfste. Ob sie von Bindegewebszellen abstammt, wie UNNA meint, oder von Lymphkörperchen und deren Übergangsformen, wie v. MARSCHALKO annimmt, das ist eine andere Frage.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Feuilleton.

Historische Streifzüge.

Von

Dr. MORITZ COHN-Hamburg.

„Wer wird nicht einen Hippokrates loben; doch wird ihn jeder lesen? Nein!“ Nun, das Lesen des Hippokrates ist uns seit kurzem wieder durch eine gute Übersetzung von ROBERT FUCHS erleichtert; aber dennoch werden nicht viele Ärzte, geschweige viele Dermatologen Zeit und Lust haben, sich an der Hand auch der besten und flüssigsten Übersetzung in das Studium unseres Altmeisters zu vertiefen. Ich hoffe daher, sowohl den Lesern dieser Zeitschrift, wie dem verdienten Übersetzer einen kleinen Dienst zu erweisen, wenn ich aus meinen hippokratischen Lesefrüchten dasjenige hier zusammenstelle, was den Dermatologen besonders interessieren dürfte, ohne gerade alles, was sich nicht unbedingt auf die Haut bezieht, ausschliefsen zu wollen.

Während vieles rein Klinische im Hippokrates von scharfer Beobachtungsgabe zeugt und unstreitig auch heute noch seine Gültigkeit behauptet, schweifen seine anatomischen und physiologischen Bemerkungen in das Gebiet der üppigsten Hypothesen hinüber und berühren uns heute so wunderlich, wie vielleicht die Mediziner nach 1000 Jahren unsere heutigen Vorstellungen über Nerventhätigkeit und Seelenleben.

So teilt uns Hippokrates über die Entstehung der Nägel folgendes mit (pag. 159)[1]: „Die Nägel entstanden aus diesem (es war schon die Rede vom Klebrigen. Anm. d. Ref.) Klebrigen; denn indem von den Knochen und den Gelenken immer das Feuchteste davon sich absondert, wird es klebrig, dann aber wird es, von dem Warmen getrocknet und ausgedörrt, zu den Nägeln aufsen.“ Diese so entstandenen Nägel zählt

[1] Die Seitenzahlen beziehen sich auf die Übersetzung des Hippokrates, von R. FUCHS. Teil I.

er zu den Knochen (pag. 175), 20 an der Zahl, während er am Kopf nur acht Knochen zählt. Der Anmerkung des Übersetzers, dafs diese Zahl richtig wäre, wenn man nur die Schädelknochen im engeren Sinne darunter verstände, kann ich nicht beipflichten, da alle Teile des menschlichen Körpers aufgezählt sind und auf diese Weise die Gesichtsknochen nirgends ein Unterkommen finden würden.

Noch eigentümlicher sind die Anschauungen des Hippokrates über die Haare. Die längsten finden sich auf dem Kopfe, weil die dazu gehörige Drüse (das Gehirn!) die gröfste von allen Drüsen ist (pag. 171). Weiter denkt er sich, ähnlich wie bei den Nägeln, die Haare aus dem Klebrigen entstanden, und zwar an solchen Stellen des Körpers, wo sich Drüsen, welche das Klebrige absondern (pag. 168), finden. Es mufs aber noch Wärme hinzukommen, damit die Haare wachsen können (pag. 161), daher finden sich diese in der Achselhöhle, in der Analfalte, an den Pubes. Fraglich erscheint nur, woher er die nötige Wärme für den Kopf bezieht, da hier ja die längsten Haare wachsen. Förderlich für das Wachstum der Haare ist eine dünne Haut, daher das stärkere Wachstum beim Manne (pag. 119). Werden Kinder kastriert, so entwickeln sich keine Bart- und Schamhaare, weil die Epidermis infolge des Mangels an Samen nicht aufgelockert wird (pag. 227). Allerdings hat das Kastrieren auch einen Vorteil für den Haarwuchs, denn Eunuchen bekommen keinen kahlen Kopf (pag. 124). Diese letzteren Beobachtungen stimmen wohl mit den Thatsachen überein, so seltsam allerdings die Begründung erscheint. Das zu Bergestehen der Haare erklärt uns Hippokrates auf Seite 265 folgendermafsen: „Die Haare stehen zu Berge, wenn sich die Epidermis zusammengezogen hat und trockener als vordem geworden ist, da das Wasser an diesen Stellen fehlt und in die Umgebung der Knochen gekommen ist."

Da bereits vom Samen die Rede war, so mögen hier einige auf ihn bezügliche Stellen Platz finden. Überhaupt spielen die sexuellen Funktionen bei beiden Geschlechtern im Hippokrates eine grofse Rolle. Bei fast allen Krankheiten und vielen biologischen Vorgängen werden sie herangezogen. Hier führe ich einige physiologische Bemerkungen an. So sagt er pag. 142: „Wenn der rechte Hoden kalt und zurückgezogen ist, ist es tödlich," und pag. 393: „Der Samen geht von dem gesamten Körper aus, gesunder von gesunden Teilen, krankhafter von krankhaften Teilen." Für besonders zum Coitus untüchtig erklärt er die Scythen und giebt den weiten Beinkleidern, dem Podagra, der Ischias, dem Reiten und besonders der Kälte die Schuld; pag. 401 sagt er wörtlich: „Wo man nämlich sehr viel und sehr häufig reitet, werden die meisten von Flüssen, Ischias und Podagra befallen und sind zum Coitus ganz untüchtig. Das ist aber bei den Scythen der Fall, und sie gleichen am meisten von allen

den Eunuchen sowohl darum, als auch weil sie stets weite Beinkleider tragen und die meiste Zeit über zu Pferde sitzen, so dafs sie mit der Hand nicht an die Genitalien fassen können, ihnen infolge der Kälte und der Erschöpfung die Liebe und Geschlechtslust aus dem Sinne kommt und sie nicht eher den Beischlaf auszuüben suchen, als bis sie ihre Männlichkeit eingebüfst haben. So verhält es sich also mit dem Scythenvolke." Und auch pag. 399: „Das Scythenvolk sieht wegen der Kälte gelbrot aus, da ja die Sonne niemals heifs auf sie niederbrennt. Infolge der Kälte wird die weifse Farbe versengt und wird gelbrot. Bei einer solchen Körperbeschaffenheit können sie nicht sehr fruchtbar sein, denn der Mann hat nur selten den Trieb zum Coitus wegen der Feuchtigkeit seiner Konstitution und wegen der Weichlichkeit und Kälte seines Leibes, infolge deren der Mann, wie leicht zu begreifen ist, den Coitus nur selten ausüben kann. Zudem werden sie auch noch durch das fortwährende Schütteln auf dem Pferde zum Beischlafe untüchtig. Das ist bei den Männern der Grund der Impotenz."

Auffällig ist die Erklärung des Hippokrates, dafs die Hautfarbe der Scythen durch die Kälte gelbrot geworden sein soll, während gerade manche andere Beobachtung an der Haut sehr zutreffend ist. So erfahren wir auf Seite 188, dafs die Hautfarbe besonders bei Klappenfehlern durch die Herzthätigkeit beeinflufst wird. „Veränderungen der Hautfärbung entstehen, wenn das Herz die Adern zuschnürt oder offen läfst; läfst es sie nämlich offen, so wird die Farbe rot, schön und durchscheinend; zieht es sie jedoch zusammen, so wird sie bleich und hohl. Diese Nuancen wechseln je nach der Farbe, welche der einzelne hat." Weiter weifs er, dafs die Haut einen Geruch verbreitet, dafs ihr Sekret salzig schmeckt (Schweifs, pag. 406); dafs im Schatten die bekleideten und unbekleideten Teile gleichmäfsig mit Schweifs bedeckt sind, während derselbe in der Sonne an den entblöfsten Teilen schnell verdunstet (pag. 384). Dafs der Feuchtigkeitsgehalt der Luft von Einfluss auf die Verdunstung ist, scheint ihm unbekannt. Richtig ist die Beobachtung, dafs die Hautfarbe mit dem Alter und den Jahreszeiten wechselt. Er sagt pag. 415: „Die Hautfarbe ist in den Jahreszeiten nicht dieselbe, weder in denen mit Nordwind, noch in denen mit Südwind, auch ist in den Altersstufen der Mensch nicht derselbe, weder im Vergleich mit sich selbst, noch im Vergleiche mit irgend einem anderen. Man hat seine Erwägungen über die Hautfarbe aber auf das zu gründen, was wir (aus eigener Anschauung) wissen, was im Augenblicke der Fall ist und was anhält, nicht minder auf den Umstand, dafs die Altersstufen sowohl mit Rücksicht auf die Hautfarbe, als auch mit Rücksicht auf das Befinden in Beziehung mit den Jahreszeiten stehen." Auch den kalten Schweifs der Sterbenden scheint er zu kennen. Auf Seite 119 lesen wir: „Diejenigen, welche eine trockene,

harte Haut über den Körper gespannt haben, sterben ohne Schweifsabsonderung, diejenigen hingegen, welche eine lockere, dünne Haut haben, sterben unter Schweifsabsonderung."

Die Ansichten unseres Altmeisters über die physiologische Wirkung der Bäder auf die Haut und den Körper sind sehr abweichend von unseren heutigen Anschauungen (pag. 334): „Mit den Bädern verhält es sich folgendermafsen. Trinkwasser macht feucht und kalt, denn es giebt dem Körper Feuchtigkeit. Salziges Badewasser macht warm und trocken, denn da es von Natur warm ist, zieht es die Feuchtigkeit aus dem Körper heraus. Warme Bäder im nüchternen Zustande schwächen und kühlen, denn es wird dem Körper durch die Wärme seine Feuchtigkeit entzogen; dadurch aber, dafs das Fleisch seines Feuchtigkeitsgehaltes beraubt wird, wird der Körper abgekühlt. Wenn man gegessen hat, machen sie warm und feucht, indem sie das im Körper enthaltene Feuchte auf ein gröfseres Volumen bringen. Kalte Bäder bewirken das Gegenteil; dem leeren Körper geben sie, da sie kalt sind, etwas Wärme; wenn man vorher gegessen hat, nehmen sie, da sie trocken sind, von dem Feuchten weg und füllen ihn dafür mit ihrem Gehalte an Trockenheit an. Enthaltung vom Bade macht, da das Feuchte aufgebraucht wird, trocken, ebenso Enthaltung von Salben. Salbung macht warm, feucht und geschmeidig."

Im Anschlufs an diese anatomischen und physiologischen Bemerkungen lasse ich zunächst die Nomenklatur der dem Hippokrates bekannten Hautleiden folgen. Er nennt: eiternde Geschwüre, Aussatz (pag. 88), Flechten, Vitiligo, verschwärende Ausschläge, Geschwülste, Mundgeschwüre, eiterige Entzündungen der Genitalien, Schweifsfrieseln, gestielte Warzen (pag. 89), Pruritus senilis (Jucken am ganzen Körper, vorher war die Rede von alten Leuten) pag. 91; Hämorrhoiden, Pusteln, Lepra (pag. 278), Eschara, Furfur, Kopfgrind, Lichen, Vitiligo, Epheliden (pag. 279), Favus, Nachtblattern, Herpesarten und Hautcarcinome (pag. 507).

Sicher hat Hippokrates mit vielen von diesen Bezeichnungen andere Vorstellungen verknüpft, wie wir heutzutage. (Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.
Sitzung vom 12. Dezember 1895.
(Originalbericht von Louis Wickham-Paris.)

Erysipel und Lupus. Heilsame Wirkung des Erysipels gegenüber Lupus. Herr Hallopeau ist ein lebhafter Verfechter dieser Theorie. Er stellt eine junge

Frau vor, welche früher von Lupus vulgaris der Nase mit disseminierten Knötchen affiziert war. Beständige Recidive bei den gewöhnlichen Behandlungsmethoden. Vor sechs Jahren wurde sie von Erysipel im Gesicht befallen; der Lupus heilte ab und ist seither ohne Recidiv geblieben. H. hat schon seit Jahren die Richtigkeit dieser Thatsache nachgewiesen und die Einrichtung einer Isolierabteilung vorgeschlagen, wo die Lupuskranken mit Inokulationen von Produkten gutartigen Erysipels behandelt werden sollten, indem sich H. vorbehielt, mit Injektionen von Erysipeltoxinen oder mit Applikationen von Ichthyol einzugreifen für den Fall, dafs das künstliche Erysipel einen schweren Verlauf nehmen sollte. Er hat denn auch mit Herrn Roger solche Versuche gemacht und wird nächstens die Resultate mitteilen.

Herr Besnier tritt mit Entschiedenheit solchen Ansichten entgegen. In der Frage sind nämlich folgende Punkte in Betracht zu ziehen:

1. Ist man sicher, ein Erysipel zu günstigem Ausgange zu bringen, wenn dieser einen gefährlichen Verlauf angenommen hat? Gewifs nicht, da die Antistreptokokkeninjektionen ihre Wirkung versagen können.

2. Aus der ersten Frage geht die zweite hervor: Sind Gefahren zu befürchten bei Injektionen von Produkten von einem gutartigen Erysipel? Ganz entschieden. Ein Erysipel kann bei dem einen gutartig, bei dem anderen bösartig auftreten. Todesfälle nach Erysipel sind öfters vorgekommen.

3. Sind die Resultate bei Lupus stets gute und sichere? Besnier hat im St. Louis-Hospital zahlreiche Lupuspatienten gesehen, bei denen Erysipel auftrat, ohne dafs sich dabei etwas anderes zeigte, als ein momentaner Stillstand im lupösen Prozesse, und zwar nur bei einigen wenigen, meist ganz günstigen Fällen. Die Recidive bleiben aufserdem deshalb nicht aus. Nach Besnier üben die Streptokokkeninjektionen beim Lupus, wie übrigens bei Lepra und Syphilis, eine blofs hemmende Wirkung aus; mehr darf man davon nicht verlangen. Um hieraus einen Schlufs zu ziehen, scheinen keine Beziehungen zu bestehen zwischen den zweifelhaften günstigen Resultaten der genannten Behandlungsweise und den damit verbundenen Gefahren. Der Fall von Herrn Hallopeau ist denjenigen gleichzustellen, welche nach den gewöhnlichen dermatologischen Behandlungsmethoden ohne Recidiv geblieben sind.

Herr Barthélemy erinnert sich, auf der Abteilung von Herrn Prof. Fournier einen Lupösen gesehen zu haben, bei dem Skarifikationen gemacht worden waren und welcher an den Folgen eines Erysipels gestorben ist.

Herr L. Wickham hat bei einem chirurgisch behandelten Lupuspatienten mit Erysipel eine hochgradige elephantiasisartige Gewebsverdickung auftreten sehen, welche erst nach zwei Monaten anfing zurückzutreten. Ähnliche Zufälle waren ihm zwei Jahre vorher passiert. An diese Komplikation der recidivierenden Erysipele mufs man denken, da man seit den Arbeiten von Sabouraud weifs, dafs die Elephantiasis nostras durch chronische infektiöse Zustände mit öfters sich wiederholenden akuten Schüben verursacht wird. Im Gesichte kann diese Komplikation von höchster Bedeutung werden. Bei dem Patienten von Herrn Wickham wurde der Lupus in seinem Verlaufe in keiner Weise modifiziert.

Herr Mauriac hat nicht nur bei Erysipel, sondern auch bei anderem entzündlichen Prozesse, wie z. B. beim Eccema rubrum, im Wachstum hartnäckiger Syphilide einen Stillstand, ja selbst einen Rückgang, niemals aber Heilung eintreten sehen.

Herr Verchère teilt folgende Resultate einer Serie von **67 Kalomelinjektionen** mit, welche zwar nach der Vorschrift von Feulard (letzte Sitzung) gemacht wurden. Fast immer verursachten dieselben Schmerzen, jedoch erst am dritten Tage; in einigen Fällen waren dieselben sehr intensiv; zu Knotenbildung, von denen einige äufserst

schmerzhaft waren, kam es in der Hälfte der Fälle. Siebenmal wurde leichte Stomatitis beobachtet. Nach Herrn Verchère können die Kalomelinjektionen in Anbetracht der genannten Thatsachen nur in Ausnahmefällen zur Anwendung kommen.

Herr Emery zeigt einen Patienten, welcher schon 19 **Anfälle von blennorrhoischem Rheumatismus durchgemacht, die ebensovielen Blennorrhoerecidiven mit Harnröhrenausfluſs entsprechen.** Herr Mauriac, der ähnliche Fälle beobachtet hat, berichtet über einen Patienten, bei dem sich nach jedem Coitus ein Urethralausfluſs mit blennorrhoischem Rheumatismus einstellte. Demgegenüber gehen viele Fälle von blennorrhoischem Rheumatismus in Heilung über, so daſs man nicht stets eine allzuschwere Prognose stellen soll. Nichtsdestoweniger sind gewisse Patienten Monate hindurch wegen ihrer Blennorrhoe ans Bett gebunden.

Herr Hennet hat zwei Fälle von blennorrhoischem Rheumatismus der Gehörknöchelchen gesehen.

Herr Jaquet erklärt, daſs eine Blennorrhoe oder Arthritis bei einem alten Blennorrhoiker durch geringe Veranlassung neu angefacht wird. In einem von Herrn Fournier mitgeteilten Falle trat bei einem Patienten trotz Benutzung eines Kondoms zuweilen eine Blennorrhoe auf. Es handelt sich hierbei meist um akute Schübe eines chronischen Leidens und nicht um frische Blennorrhoen. Herr Jaquet fragt sich deshalb, ob dieselben bei prädisponierten Individuen nicht durch Rückenmarksreizung infolge des Coitus verursacht seien. Man kennt mehrere Beispiele von blennorrhoischen Arthropathien und von Blennorrhoe ohne Arthropathie, wo gleichzeitig trophische Störungen bestanden.

Neurodermitis und Eccema seborrhoicum. Herr L. Wickham stellt einen Patienten mit einer allgemeinen roten, schuppenden Dermatose vor, deren Pathogenese sehr komplizierter Natur war. Die objektiven Merkmale, für sich allein betrachtet, stimmen überein mit denen des Eccema seborrhoicum; so die besondere Lokalisation auf dem Haarboden, den Augenbrauen, dem Schnurbarte, der hinteren Ohrfalte. Die Schuppen sind gelblich, fettig etc. Die Diagnose erscheint denn auch auf den ersten Blick klar. Prinzipiel darf man aber in der Dermatologie dem dermatologischen Elemente nicht allzuviel Wichtigkeit beilegen, da man immerwährend auf ähnliche eruptive Erscheinungen stöſst, welche verschiedenen Affektionen angehören, und andererseits auf ganz verschiedene Läsionen, deren Ursache dieselbe ist. Die weitere Nachforschung ergab denn auch, daſs die gegenwärtige Eruption die erste war. Dieses Fehlen von Recidven würde an sich schon nicht für die Diagnose eines seborrhoischen Ekzems sprechen. Auſserdem war der Ausschlag sechs Tage nach einem heftigen Trauma (Sturz vom dritten Stockwerke) aufgetreten. Drei Tage nach demselben stellte sich heftiges Jucken ein, das den Patienten zum Kratzen antrieb. Nach weiteren drei Tagen zeigte sich die Eruption. Abgesehen von dem Merkmale dieser letzteren würde man einfach an eine disseminierte Neurodermitis denken, zumal da das Jucken stets intensiv war und das Symptomenbild beherrschte. Doch treten die neurodermitischen Läsionen nicht in Gestalt eines seborrhoischen Ekzems auf. Soll man hier eine seltene Manifestation des Nervensystems auf die Haut annehmen? Hat nicht vielleicht der nervöse Choc in besonderer Art auf den Drüsenapparat der Haut eingewirkt und eine dem seborrhoischen Ekzeme ähnliche Eruption erzeugen können? Offenbar ist der Erschütterung des Nervensystems eine wichtige Rolle bei der Entstehung dieser Dermatose nicht abzusprechen. Doch nicht allein hierin zeigt sich die Kompliziertheit des Falles. Der Patient hat vom Anfange seines Leidens an irritierende Substanzen für seine Behandlung benutzt; dieselben können das Aussehen der Läsionen verändert und entstellt haben. Ich glaube nicht, daſs man eine sichere Diagnose des Falles stellen könne vor einer längeren Beobachtung desselben.

Herr Brocq anerkennt die Schwierigkeit der Diagnose in diesem Falle, der verschiedene Auslegungen zuläfst. Eine reine Neurodermitis scheint ihm nicht vorzuliegen in Anbetracht des Aussehens der eruptiven Elemente, welche für diese Affektion nicht stimmen. Eine durch einfache Reizung entstandene Dermatose will er auch nicht annehmen. Nach seiner Ansicht handelt es sich um ein psoriasiformes, lichenifiziertes, empfindliches und irritiertes seborrhoisches Ekzem bei einem zu Pruritus infolge des Traumas prädisponierten nervösen Individuum; eine direkt pathogene Rolle spricht er jedoch der vom Patienten erlittenen Nervenerschütterung ab. Man hat Psoriasis auftreten sehen nach heftigen Traumen; vielleicht gehört der Fall von Herrn Wickham hierher. Von einem anderen Gesichtspunkte aus betrachtet giebt derselbe noch zu einer weiteren wichtigen Frage Anlafs, zur Frage nämlich von den Abstufungen, die zwischen Psoriasis und seborrhoischem Ekzem bestehen.

Herr Barthélemy erwähnt eines Falles von Psoriasis, die bei einem Patienten aufgetreten war, den man zu ersäufen gedroht hatte.

Herr Fournier stellt einen **Fall multipler syphilitischer Schanker der Bauchhaut** vor.

Herr Fournier stellt einen Patienten mit **parasyphilitischer Hysterie** vor.

Herr Galezowski liest eine Arbeit vor über **hereditäre Augensyphilis in der zweiten Generation.**

Herr du Castel stellt einen mutmafslichen Fall von **Lepra nostras** vor. Die Patientin, die unzweifelhaft an Lepra leidet, bewohnt Dieppe; ihre Eltern sind aus dieser Stadt, und sie selbst hat den Boden Frankreichs niemals verlassen. Der Fall ist wegen seiner aufserordentlichen Seltenheit von gröfster Wichtigkeit.

Herr Hallopeau: **Über eine neue eiterige und pemphigoide Form der Hauttuberkulose und die Pathogenese dieser Dermatose.** Die Schlufsfolgerungen dieser Arbeit lassen sich, wie folgt, zusammenfassen: Die pustulöse Tuberkulose der jüngeren Leute kann den Ausgangspunkt tiefer Infiltrationen der Cutis bilden, welche sich rasch in der Fläche ausbreiten, so dafs bald mehrere Zentimeter im Durchmesser messende Plaques entstehen; die Oberfläche derselben kann partiell ulceriert sein, oder auch nicht. Die Ulcerationen kommen durch die Entwickelung neuer Pusteln zu stande und zeigen die Neigung, rasch zu vernarben. In der Peripherie dieser Plaques, d. h. also in ihrer Wachstumszone kann die Epidermis bullöse, pemphigusartige Auftreibungen aufweisen. Diese Veränderungen können koincidieren mit anderen tuberkulösen Infiltrationen in Gestalt von agminierten Knöthen und Eruptionen von Lichen scrophulosorum. Im Zentrum der initialen Pusteln legt zuweilen ein Härchen, so dafs man die Pusteln als um die Haarfollikel gelegen auffassen kann. Diese Lokalisation, gleichwie diejenige beim Lichen scrophulosorum in der Umgebung der Talgdrüsen scheint im Widerspruch zu stehen mit dem sonst ausschliefslich bindegewebigen Sitze der Tuberkulose. Doch läfst sie sich mit der Annahme erklären, dafs die chemische Zusammensetzung in der Umgebung von Organen höherer Struktur variiert infolge der Desassimilationsprodukte, die das Bindegewebe von ihnen empfängt. Man begreift, dafs dieses letztere sich nur im Gebiete bestimmter Elemente zu einem für die Entwickelung der Kochschen Bacillen günstigen Boden gestaltet.

Herr Hallopeau: **Hidrocystome und Dyshidrose.** Robinson hat in seiner Beschreibung der Hidrocystome zwei verschiedene Arten von Störungen verwechselt. Die einen sind permanent und bilden infolgedessen wirkliche Cysten, für welche diese Bezeichnung pafst; die anderen sind Fälle von auf das Gesicht beschränkter Dyshidrosis, und zwar können weder die Dauer der Elemente noch ihr Eintrocknen ohne Ruptur, noch ihr jährliches Wiederauftreten, noch endlich ihr ausschliefsliches Auftreten im Gesichte diese Diagnose erschüttern.

Herren HALLOPEAU und MACREY: Über einen neuen Fall von **Acne keratotica.** Die Autoren betonen die diagnostischen Schwierigkeiten dieser Diagnose gegenüber der Pityriasis rubra pilaris. Von letzterer unterscheidet sie sich durch das Fehlen der Lokalisation an der Dorsalfläche der Finger, durch die hervortretenden fadenförmigen Komedonen, durch das Vorkommen in den Weichen von isolierten Elementen, welche die gleiche Beschaffenheit haben. Die durch Herrn PRIEUR vorgenommene bakteriologische Untersuchung ergab das Fehlen der von Herrn UNNA als charakteristisch für die Acne vulgaris angegebenen feinen Bacillen.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Bern.)

II. Kongreſs der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Gehalten zu Rom vom 18.—20. Oktober 1895.

Vorsitzender: DE AMICIS.

Über eine ungewöhnliche Art von Sarkom des Kopfes. ORO teilt die Krankengeschichte eines Patienten mit, der auf dem Kopfe eine mächtige, gelappte Geschwulst in Form einer türkischen Mütze (Turban) trug. Sie maſs 70 cm im Umfange und bestand aus einem linksseitigen und einem rechtsseitigen frontalen Abschnitte; ein dritter ging vom Scheitel aus, wo die Affektion wahrscheinlich begonnen hatte. Die Punktion eines dieser Lappen ergab als Inhalt eine hämorrhagische Flüsigkeit, worin spindelförmige, mehrkernige Elemente enthalten waren. Verlauf: klinische Form und histologische Untersuchung sprachen für ein spindelzelliges Sarcoma telangiectodes der Kopfhaut.

Serumtherapieversuche bei Lepra. Gestützt auf die Thatsache der natürlichen Immunität der Kaninchen gegenüber Lepra, injiziert DE LUCA einem Patienten mit schwerer tuberöser Lepra im Zeitraum von 14 Tagen 94 ccm Blutserum von einem Kaninchen, dem zwei oder drei Tage vorher eine Emulsion aus dem Safte eines mit Bacillen gefüllten Leproms injiziert worden war. Nach vier Tagen nahm bei dem Patienten das vor der Injektion bestehende Fieber ab, während ein früherer Fieberanfall 19 Tage gedauert hatte. Ferner trat eine Exsudation bacillenhaltiger Flüssigkeit aus den Knoten ein, welche selbst in ihrem Volumen zurückgingen. Als die Kur unterbrochen wurde, hörte die Exsudation auf, und nach 25 Tagen traten neue Knoten auf. Redner glaubt, daſs nach Vervollkommnung der Methoden eine Heilung der Lepra möglich sei, besonders wenn es einmal gelungen sein wird, den HANSENschen Bacillus zu kultivieren, worüber ihm die Akten trotz der Mitteilungen von CAMPANA und DUCREY noch nicht geschlossen zu sein scheinen. DE LUCA hat seinem Patienten deshalb Serum von Tieren injiziert, welche zuvor mit leprösem Material behandelt worden waren, und nicht mit reinem, weil er sich darüber vergewissern wollte, ob nicht auſser der Phagocytose noch die Bildung von Antitoxinen im Blute der Kaninchen nötig sei zur Zerstörung der Bacillen. Diese Substanzen haben sich aber bei ihrem Transporte auf den Menschen als unwirksam erwiesen.

Über einige Fälle einer besonderen Keratose mit exzentrischer Ausbreitung, von RESPIGHI. Über diesen Gegenstand, der in einer italienischen Zeitschrift ausführlich behandelt worden, siehe Referat in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXI. Heft 10.

Während in der Diskussion MIBELLI die Bezeichnung Porokeratosis für diese Affektion beizubehalten vorschlägt, hält sie MAJOCCHI für unpassend, indem die Hornsubstanz nicht aus den Knäueldrüsenausführungsgängen hervorgegangen, sondern durch den keratotischen Prozeſs in dieselben hineingelangt sei. Er hält die Affektion für eine Varietät der Ichthyose.

Über einen Fall seltener Lokalisation des Erythrasmas mit positivem Kulturresultate berichtet REALE. Die Erythrasmaplaques saſsen bei dem betreffenden

Patienten aufser an den gewöhnlichen Stellen (Inguinokruralfalten, Achselhöhlen) auch in den Ellenbeugen. Die mikroskopische Untersuchung ergab als Pilz Mikrosporon minutissimum und die bakteriologische einen von Ducrey mit *b* näher bestimmten Pilz. Reale schliefst aus seiner Beobachtung, dafs 1. dies der erste Fall dieser Affektion mit Lokalisation in der Ellenbeuge sei; 2. dafs der Beruf (Bäcker) und die mangelhafte Reinlichkeit (!) der Haut wahrscheinlich zur Ausbreitung der Affektion beigetragen haben; 3. dafs die Ansicht Besniers, wonach es zur Entstehung des Erythrasmas keiner vorangehender reizender Prozesse der Haut bedürfe, gegenüber derjenigen von Behrend die richtigere sei; 4. dafs das pathogene Verhalten des Pilzes indirekt erwiesen sei aus dem Umstande, dafs in allen Plaques überall und einzig das Mikrosporon minutissimum vorgefunden wurde.

Die Unumgänglichkeit der Epilation bei der Behandlung des Favus, von Ciarrocchi. Versuche, die Epilation durch alle möglichen Antiseptica und Proceduren zu ersetzen, haben nur schlechte Resultate geliefert und den Aufenthalt der Patienten im Spital weit über das Mittel verlängert. Er hält deshalb an der Notwendigkeit der Epilation beim Favus trotz der vielen Nachteile fest.

Mibelli ist zwar in einigen leichteren Fällen ohne Epilation ausgekommen, glaubt aber nicht, dafs dies stets der Fall sei. Zur Epilation empfiehlt er die Applikation von Pflastern, die aus Schusterpech und Talg (1:2) bestehen. Beim Abziehen dieser Pflaster am folgenden Morgen gehen nicht nur die Haare mit ihren Wurzeln und inneren Wurzelscheiden mit, sondern auch das Stratum spinosum der Follikel, in dem sich die Pilze befinden.

Majocchi zieht die Pinzette vor und rühmt mit Ciarocchi den guten Erfolg der Schwefel-Salicylsalben.

Beitrag zum klinischen und bakteriologischen Studium der brasilianischen Framboesia oder Bouba. Breda hat drei mit dieser Affektion behaftete Individuen zu beobachten Gelegenheit gehabt, und ist überzeugt, dafs es sich trotz ihrer Ähnlichkeiten mit Tuberkulose und Lues um eine eigene Krankheit handelt, welche weder auf Kochsche Lymphe, noch auf Jodpräparate reagiert. (Ausführliches Referat folgt später.)

Die Pleuritis exsudativa während des Roseolastadiums der Syphilis. Ciarrocchi teilt Krankengeschichten von Patienten mit dieser Affektion mit, welche sich an die Seite derjenigen von Chantemesse und Vidal, Talamon, Ferrand, Rochon, Prectorius etc. reihen. Die syphilitische Pleuritis setzt hie und da ganz plötzlich ein, meist aber nur allmählich; der Verlauf ist ein rascher, indem durch eine geeignete, antiluetische Behandlung das Exsudat bald zurückgeht und mit ihm die subjektiven Beschwerden (heftige Schmerzen und Dyspnoe). Das Fieber ist meist nur mäfsig, kann aber auch ganz fehlen. Über die Art des Zustandekommens der syphilitischen Pleuritis liegen nur Hypothesen vor (Periostitis der inneren Rippenflächen, Eruption auf der Pleura, ähnlich derjenigen auf der äufseren Haut). Die Prognose ist stets günstig.

Klinische Bemerkung über einen Fall akuter Psoriasis, von Pini-Bologna. An demselben liefsen sich zwei Perioden unterscheiden, von denen die erste durch eine symmetrische bilaterale Eruption mit schmerzhaften Papeln und Fieber, die zweite durch Figuration und Desquamation der einzelnen Plaques sich auszeichnet, wodurch das typische Bild der Psoriasis konstituiert war. Über die Ätiologie des Falles konnte nichts festgestellt werden.

Ein Fall von maligner merkurieller Dermatitis und von Erythema balsamicum, von Oro. Der erstere verlief letal und ergab als histologischen Befund eine tiefgehende Dermitis und parenchymale, periphere Neuritis. Im zweiten Falle

handelte es sich um ein Erythem (Gefäfsdilatation mit kleinzelliger Infiltration der Umgebung des Drüsenapparates ohne Mitbeteiligung der fixen Elemente) nach Genufs von Copaiva.

Über einen Fall von **Syphilis tardiva** (Latenzperiode von 22 Jahren) referierte Mosca: Osteoperiostitis gummosa des Sternums, Ulceration, Nekrose, spontane Fraktur.

Über die Trichophytien beim Menschen, von Ducrey und Reale. Dieselben kommen zu folgenden Schlüssen: 1. Zwischen der klinischen Form und dem Kulturtypus des Pilzes besteht keine absolute Beziehung; 2. die direkte Beziehung eines bestimmten Trichophytons von einem bestimmten Tiere zu einer bestimmten klinischen Form beim Menschen ist nicht erwiesen; 3. die Lehre von der Pluralität des Trichophytons scheint auf Wahrheit zu beruhen; 4. Pilzassoziation (Kommensalismus) in den Kulturen kommt vor, doch müssen ihre Grenzen durch genauere Experimente abgesteckt werden.

Von der sog. Tinea Gruby (Microsporon Audonini) haben die Redner kein Beispiel gesehen.

Mibelli weist auf seine neuesten Arbeiten über diesen Gegenstand hin.

Collavitti berichtet (durch Campana) **über einen Fall von Trichophytia tonsurans maculo-squamosa der Haut mit Onychogryphosis trichophytica und Fibroma cutaneum, welches dieselben parasitären Elemente enthielt, die in der Haut gefunden wurden (Blastomyceten).**

Beitrag zum Studium der elastischen Fasern bei einigen Hautläsionen, von Pini. Die Untersuchungen beziehen sich auf nekrotische Fetzen aus tiefen Abscessen, auf Ulcera mollia, chronische tuberkulöse Geschwüre, trockene und feuchte Gangrän, vegetierende Kondylome. Eine Zerstörung des elastischen Gewebes kommt bei entzündlichen Prozessen vor, und zwar bis zu einem gewissen Grade in umgekehrtem Verhältnisse zur Akuität des Prozesses, an dem drei Stadien unterschieden werden können. Bei der kleinzelligen Infiltration kommt es zu einer mechanischen Störung im elastischen Netze; die Degeneration zerstört die Fasern durch noch unbekannte biochemische Prozesse; durch die Ulceration kommt es zur Abstofsung des elastischen Gewebes. Pini fand weiterhin, dafs eine partielle Regeneration des zerstörten Gewebes vorkomme, kenntlich am Wiedererscheinen dünner gerader oder gewundener Fäserchen, die anders angeordnet sind, als im netzförmigen normalen Gewebe.

Beitrag zum Studium der Modifikationen in der Hautfärbung im physiologischen Zustande einiger Tiere und bei einigen Hautkrankheiten. Campana hat die Haut des Chamläeons und das darin in den Lymphspalten cirkulierende schwärzliche, körnige Pigment genau untersucht und fand dabei grofse Analogien mit dem sog. primären, idiopathischen Hautsarkom, indem bei beiden polymorphe, schwarzgelbliche Massen vorkommen, die je nach ihrer Menge eine mehr oder weniger intensive Färbung der Haut bedingen. Campana macht ferner auf den Einfluſs gewisser medikamentöser Stoffe und der Nervenwirkung aufmerksam und berichtet über seine Experimente an zwei Chamäleonen, denen einseitig gröfsere Hirnpartien abgetragen worden waren, worauf sich auf der entsprechenden Seite des Körpers eine bleibende Blässe der Haut einstellte.

Über eine besondere Form gummöser Infiltration, von de Amicis. Die Affektion betraf eine 17jährige Patientin in Form einer eigentümlichen Infiltration (aufgetreten nach einer Neuralgie in dieser Gegend) in der Ohr-Schläfengegend. Dieselbe unterschied sich von den gewöhnlichen Gummata durch die Färbung der Haut und die Bildung strangförmiger blafsgrauer Infiltrate, welche die befallene Partie überzogen und zum Teil umgaben; histologisch handelte es sich um ein

Granulom, und DE AMICIS nahm an, daſs die Affektion luetischer Natur sei. Sie verschwand auch nach einer antisyphilitischen Behandlung. Als aber später, nach Aussetzen derselben, neue Eruptionen an anderen Körperstellen auftraten, blieb die spezifische Therapie erfolglos. Später sah DE AMICIS einen anderen, ähnlichen Fall, wo aber die Bildung gröſsere Dimensionen annahm (Gesicht, Hals, obere Thorax- und Rückengegend). Auch hier kam es zur Ausbildung blaſsgrauer Stränge neben braunvioletten Flecken. Patientin war gravid, und nach der Entbindung nahm das Volumen der Geschwulst beträchtlich ab, später aber wieder zu, ohne daſs Quecksilber und Jod an dem Zustande etwas änderten. Patientin starb zwei Monate später an Erstickung.

CHIRIVINO teilt die Krankengeschichte eines **Falles von über beinahe den ganzen Körper ausgebreitetem Favus** mit.

ORO berichtet über **zwei Fälle von Rhinosklerom**, von denen eines seinen Sitz an den Nasenlöchern, das andere an den Tonsillen hatte. Inokulationen auf Tiere fielen negativ aus. Der Prozeſs braucht sich also nicht per continuitatem durch die Respirationswege auszubreiten. Die Affektion beginnt als Infiltration und geht in Sklerose über. Die bakteriologische Untersuchung kann in zweifelhaften Fällen die Diagnose festsetzen.

PELLIZZARI betont als charakteristisches Merkmal der Rhinoskleromkulturen ihr rapides Wachstum.

CAMPANA und BROCCHERI teilen die Resultate ihrer Experimente an Kaninchen mit, aus denen hervorgeht, daſs **die Lepra auf das Rückenmark der Tiere nicht übertragbar** ist.

Klinische und hämatologische Untersuchungen über einige schwere Fälle tertiärer Lues, von CAMPANA und OLIVARI. Diese Untersuchungen beziehen sich auf die Morphologie der verschiedenen Leukocytenvarietäten bei schwerer Lues im tertiären Stadium und ihre chemischen Affinitäten in Berührung mit sauren, basischen und neutralen Stoffen. Sie besprechen die Beziehungen des Blutzustandes der Syphilitiker zu den körnigen acidophilen und basophilen Zellen.

Über eine noch nicht beschriebene Dermatose: die Purpura annularis telangiectodes oder Telangiectosis follicularis annulata, von MAIOCCHI. Die Affektion weist drei Stadien auf: 1. das telangiektatische mit Bildung kleiner rosaroter, punkt- bis linsenförmiger Fleckchen, welche perifollikuläre Kapillarektasien darstellen; 2. das hämorrhagische und pigmentäre Stadium; 3. das atrophische Stadium. Die Dermatose bildet auf der Haut sehr schöne zierliche, rosarote oder lividrote, isolierte oder gruppierte Ringe. Mikroskopisch findet man eine Ektasie Kapillaren in den Papillen, welche die Follikelausführungsgänge umgeben. Über die Ätiologie des Falles lieſs sich nichts feststellen; kein Herzfehler, keine Traumata etc. Pathologisch-anatomisch findet er einige Analogien in der vorliegenden Affektion mit den Telangiektasien beim Erythema pernio.

CAMPANA meint, daſs es sich eventuell um Lupus erythematodes gehandelt habe, was MAIOCCHI des entschiedensten bestreitet.

Im Anschluſs an eine Mitteilung über **Syphiloderma pigmentosum** (Hyperchromia syphilitica pigmentaria) erklärt FRATTALI, daſs 1. die Hyperchromie der Haut bei Pigmentsyphilis klinisch ein primärer Prozeſs sei, weil kein anderes Syphiloderma vorausgeht; pathologisch-anatomisch aber ist sie eine sekundäre Erscheinung, weil sie auf die Infiltration folgt; 2. diese Veränderung ist auf den syphilitischen Prozeſs zurückzuführen.

CIARROCCHI berichtet über einen **Fall von Naevus linearis verrucosus**, der sich auf dem Gebiete des dritten Trigeminusastes entwickelt hatte.

Über das chronische Ulcus der Prostituierten. Mazza behauptet auf Grund klinischer, histologischer und bakteriologischer Untersuchungen, dafs 1. die Affektion keineswegs der klinische Ausdruck eines flachen lamellären Fibroms sei, wie behauptet worden; 2. der Lupus, das luetische Gumma, das Epitheliom zu Ulcera von langsamem, torpidem, aber nicht so stationärem Verlaufe Anlafs geben; 3. die gefundenen Bacillen nicht konstant sind und keine pathogenen Eigenschaften besitzen.

Soffiantini konstatiert (durch Ducrey) die **stets verbreiteter werdende Anwendung der hypodermatischen und intramuskulären Kalomelinjektionen.**

Über Xantoma nodosum glycosuricum, von Maiocchi. Die Affektion war bei dem kräftigen Diabetiker symmetrisch auf beiden Nates verteilt in Gestalt papulöser, linsenförmiger oder knotiger, schwefelgelber oder gelblich rosaroter Erhabenheiten von fibröser Konsistenz. An den Händen waren dieselben Erscheinungen zu sehen, nur dafs sie in den Handtellern die Form von Streifen, die längs den Furchen verliefen, zeigten. Kleinzellige Infiltration zwischen den verdickten Bindegewebsbündeln, Anhäufungen endothelähnlicher Zellen, die von fibrösen Fasern umgeben sind, ein körniges Aussehen haben und einen ovalen oder elliptisch, etwas exzentrisch gelegenen Kern enthalten.

Zustand der Nervenfasern im Bereiche des Condyloma acuminatum, von Rocchi. Nach der Methode von Golgi waren angeblich Nervenfasern gesehen worden, die bis an die Epidermisschichten reichen sollten. R., der diese Untersuchungen wiederholen wollte, fand, dafs sich das Argentum nitricum in den Lymphspalten des Dermas und der Epidermis niederschlägt, woraus er schliefst, dafs die angeblichen Nervenendfasern der Epidermis weiter nichts seien als Höllensteinpräcipitate.

Severi berichtet **über einige Fälle von multiplen Fibromen der Haut.**

Breda weifs über einen **Fall von Zoster brachio-ulnare mit Verdickung des entsprechenden Nerven** zu berichten.

Breda beschreibt einen **Fall von Lichen neuroticus.**

Über Erythema polymorphum referiert Maiocchi. Aus der Diskussion, an welcher sich Campana, Carruccio, Breda, Pellizzari und de Amicis beteiligen, geht hervor, dafs: 1. das Erythema polymorphum nicht als selbständige klinische Einheit aufgefafst werden dürfe, sondern einen Komplex krankhafter Erscheinungen darstelle, der verschiedenen Ursachen seine Entstehung verdanke; 2. der Prozefs eine vasomotorische Störung repräsentiere, die verschiedene Grade aufweisen kann; daher rührt die Polymorphie von der Macula bis zur tiefen Infiltration, bei denen es bis zu Ulcerationen kommen kann infolge von Assoziation anderer Mikroorganismen (Fall von Maiocchi); 3. die verschiedenen pathogenen Agentien, welche die Krankheit verursachen können, von aufsen oder von innen her einwirken, und zwar auf die Vasomotoren und peripheren Nerven, welche reflektorisch die Hautveränderungen erzeugen. Es scheint nämlich nicht, dafs die Toxine durch ihre Anwesenheit direkt wirken, und die Mikroorganismen selbst spielen nur eine nebensächliche Rolle. (*Policlin.* 1895. No. 52, 1, 2, 5.) *C. Müller-Bern.*

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band II. Heft 6.

I. **Über steinlösende Mittel.** Eine historische Studie, von M. Brenning-Berlin. Verfasser giebt einen historischen Überblick über die wichtigsten Mittel, welche vom Altertum an bis auf die Jetztzeit zur Auflösung von Konkretionen angewandt worden sind. Es kommen hierbei in Betracht: 1. Blasen- und Nierensteine; 2. Konkremente in den Gichtknoten; 3. Gallensteine. Über die Ursachen der Steinbildung und die Zusammensetzung der Steine herrschten noch im vorigen Jahrhundert Unklarheit und falsche Vorstellungen, denen zufolge auch die angewandten Mittel nicht zweckentsprechend wirksame sein konnten. Erst die Entdeckung der Harnsäure durch Scheele im Jahre 1776 und weitere Forschungen französischer Chemiker brachten Klarheit über die wahre Natur der Harnsteine und über die Verschiedenartigkeit ihrer chemischen Zusammensetzung.

Die zur Auflösung von Harnsteinen gebrauchten Mittel kann man einteilen in: 1. tierische; 2. pflanzliche; 3. mineralische.

Die tierischen Mittel haben rein historisches und gar kein praktisches Interesse.

Unter den pflanzlichen, als steinlösenden, empfohlenen Mitteln sind viele, welche nur diuretisch wirken, andere mögen wohl auf Grund ihrer chemischen Beschaffenheit im stande sein, Nierensteine wenigstens zu verkleinern. Unter den bekannteren Nahrungs- und Genufsmitteln empfiehlt Lobb zur Auflösung von Harnsteinen Brot, Kartoffeln, Abkochungen von Gerste, Hafer, Reis, Hopfen, Rosinen, Feigen, Schokolade, Thee und Kaffee, Weifs- und Rotkohl, Kopfsalat, Gurken, besonders aber Birnen. Aufserdem werden auch von anderen Seiten empfohlen Spargel, Petersilie, Citronensaft, Sellerie, Anis, bittere Mandeln, Pfeffer etc.

Unter den Weinen sollen nach Lobb weifser Portwein, roter spanischer Wein, Madeira-, Rosinen- und Obstwein am besten Steine lösen.

Von den eigentlichen Arzeneimitteln erfreuen sich seit den ältesten Zeiten eines besonderen Rufes die Pimpinella Saxifraga L., Pimpinella magna L., Saxifraga granulata L., Lithospermum officinale L. und Franconia pulverulenta L. Aufser diesen hat Verfasser mit bewundernswerter Geduld und Ausdauer alle in der Litteratur als steinlösend empfohlenen Pflanzen gesammelt und zählt dieselben im folgenden einzeln auf.

Von anorganischen Mitteln sind es besonders die Kalkpräparate, die sich als Lithotriptica eines vorzüglichen Rufes erfreuen, ebenso die Kaliumsalze. Von Mineralwässern sind empfohlen: Selters, Wildungen, Fachingen, Salzbrunn i. Schl., Vichy, namentlich das Karlsbader Wasser. Auch reichliches Trinken von reinem Wasser kann durch Verdünnung des Urins zu einer Erhöhung seines Lösungsvermögens für Urate etc. beitragen.

Bei den in früherer Zeit gebrauchten Mitteln gegen die Gicht handelt es sich zumeist um purgierend, diuretisch, diaphoretisch oder narkotisch wirkende Substanzen und nur selten um solche, die direkt die Auflösung der in den Tophis enthaltenen Konkremente herbeiführen sollen. Solche gehören fast ausschliefslich der Neuzeit an. Besonders häufig kamen Antimon- und Schwefelpräparate in Anwendung

Unter den Mitteln gegen Gallensteine standen in grofsem Ansehen, wie auch heute noch die Alkalien, namentlich das Kalium und Natrium carbonicum und vor allem das Karlsbader Wasser. Das Durandesche Mittel (drei Teile Äther und zwei Teile Terpentinöl) das Ferrum succinicum, Olivenöl (ca. 200 g pro die), Chloroform, Kalomel und Natrium salicylicum sind zum Teil ältere, aber heute noch gern gebrauchte Mittel gegen Gallensteine. Ganz neuen Datums sind das Piperazin, Uricedin und Lysidin.

II. **Über ein Haar mit gespaltener Papille**, von S. Giovannini-Turin. Das betreffende Haar gehörte der Kinnhaut eines 86jährigen Greises an. Die Haut war post mortem excidiert und sofort in Flemmingscher Chromosmiumessigsäure-Lösung fixiert, die Querschnitte waren zu einer fortlaufenden Reihe angeordnet und mit Methylviolett gefärbt worden.

Die anormale Papille dieses Haares erhebt sich etwas exzentrisch vom Grunde des Haarbalges, mit einem zwar kurzen, aber in der Form und Breite seiner Basis nicht wesentlich von dem einer normalen Papille differierenden Halse. Von diesem erhebt sich jedoch nicht, wie gewöhnlich, ein einziger mehr oder weniger oval gestalteter Papillarkörper, sondern es gehen von ihm zwei getrennte Fortsätze ab, die sich durch ihre mehr oder weniger plattgedrückte Form wie zwei Züngelchen ausnehmen. Die Länge jedes dieser Fortsätze und die Dicke beider zusammengenommen entspricht der Länge und Dicke eines gewöhnlichen Papillarkörpers. Die beiden Züngelchen bestehen aus sehr lockerem, an einigen Stellen fast netzförmig aussehendem Bindegewebe; in beiden werden mehrere Papillargefäfse angetroffen.

Verfasser glaubt, dafs diese Züngelchen das Resultat einer im Körper einer einheitlichen Papille stattgefundenen Spaltung sind.

Auf der so geteilten Papille sitzt ein Haar, bei welchem das Verhalten des Markkanals bemerkenswert ist. Derselbe beginnt nicht, wie sonst bei den im Wachstum begriffenen Haaren, unmittelbar über dem Papillengipfel, sondern erst bei dem oberen Abschnitt des Halsteiles, weshalb zwischen dem unteren Ende des Markes und den beiden Papillenzüngelchen der Halsteil eine Strecke weit keine Spur von Markkanal aufweist. Aufserdem beginnt das Mark fast in Form eines Kegels mit dem Gipfel nach unten gerichtet, was ebenfalls gänzlich anormal ist.

Andere derselben Haut entnommene und untersuchte Haare zeigten diese beiden Anomalien nicht.

III. **Zur therapeutischen Verwendbarkeit des Myronins**, von G. J. Müller-Berlin. Die Resultate der vom Verfasser angestellten Versuche sind folgende:

1. Das Myronin ist eine haltbare, nicht teure und voraussichtlich bei Fabrikation in gröfseren Mengen noch beträchtlich zu verbilligende Salbengrundlage und ist infolgedessen berufen, den Adeps suillus ganz und das Vaselin in einzelnen Fällen zu ersetzen.

2. Es eignet sich das Myroninum spissum besonders für Einreibungssalben. Das einfache Myronin für Salben zu Macerationszwecken und dort, wo eine erhebliche Tiefenwirkung erstrebt wird.

3. Zur Bereitung von Pasten ist es gut verwendbar.

4. Kontraindiziert ist es manchmal bei akuten und stets bei nässenden Ekzemen.

IV. **Über die Anwendung des Resorbins in der allgemeinen Praxis**, von O. Müller-Berlin. Verfasser hat das Resorbin entweder allein oder als Resorbincreme (Resorbin mit Zusatz von Rosenöl) oder auch in Verbindung mit Borsäure und Dermatol als Bordermatolresorbin, 5%ig und 10%ig, insbesondere bei der durch die Sommerdiarrhoen hervorgerufenen Intertrigo am After der kleinen Kinder angewandt und sehr gute Resultate erzielt. Seitdem braucht er das Resorbin bei der Sommer-

diarrhoe gewissermafsen prophylaktisch, indem er es mit dem ersten Kalomelpulver verordnet, wodurch fast jede Erscheinung einer Intertrigo ausbleibt. Ja, der Verfasser geht noch weiter, er läfst bei allen Säuglingen von der Geburt an, um jedes Wundwerden an der Rima ani und an den Genitalfalten zu verhindern, diese dem Nässen und der Verunreinigung am häufigsten ausgesetzten Körperstellen mit einer ganz dünnen Schicht Resorbin bestreichen.

Verfasser erzielte aufser bei der Intertrigo der Kinder mit dem Resorbin gute Erfolge:

1. bei Rhagaden und Exkoriationen der Haut, z. B. bei Kindern in den Falten hinter der Ohrmuschel, am Halse, am Lid- und Mundwinkel;

2. bei nervösem Juckreiz. (Eine Patientin, die über heftiges Jucken am ganzen Körper klagte, das trotz vieler bereits angewandter Mittel und Bäder unverändert fortbestand, verlor dasselbe nach Anwendung von Resorbin innerhalb von drei Tagen.)

In Verbindung mit Borsäure und Dermatol als „Borsäuredermatolresorbin", 5%ig und 10%ig, je nach Bedarf:

1. bei Brandwunden zweiten und dritten Grades;

2. bei Rhagaden der Schleimhaut, namentlich den schmerzhaften Einrissen der Nasenschleimhaut, die sich nachts mit dicken Borken zu bedecken pflegen;

3. mit besonders schnellem Erfolge bei den Exkoriationen und Ulcerationen, die der Schweifsfufs in den Falten zwischen den einzelnen Zehen und zwischen diesen und der Fufssohle hervorruft, teilweise auch durch Kratzen infolge des starken Juckreizes verursacht.

V. **Über die Grundzüge der Ekzembehandlung,** von O. Lassar-Berlin. Die erste Aufgabe der Therapie ist die Erkennung der eigentlichen Ursache des jeweiligen Ekzems. Die meisten Formen desselben lassen sich auf ganz bestimmte, meist ziemlich einfache und vulgäre Vorgänge der Aufsenwelt zurückführen. Ehe man die Ursache in reflektorischen, vasomotorischen, trophischen Störungen, skrophulöser oder gichtischer Veranlagung suche, sollte man zunächst in der alltäglichen Lebenssphäre des Individuums Umschau halten.

Beim nässenden Ekzem wird es zunächst darauf ankommen, die schadhaft gewordene und stellenweise verloren gegangene Schutzdecke zu ersetzen, wenigstens zeitweilig, bis die Regeneration der Epithelien ungestört vor sich gehen kann. Man wird das nässende Ekzem durch Applikation möglichst indifferenter Substanzen in ein trockenes zu verwandeln suchen. Vor allem ist eine Säuberung der von zersetzlichen Elementen behafteten Oberfläche geboten. Verfasser spricht bei dieser Gelegenheit wieder den bei der Behandlung des Ekzems sonst gefürchteten Bädern energisch das Wort. Diese können bis 40° C. und darüber temperiert werden und wirken auf die meisten Menschen wohlthuend. Mit den Bädern werden dann zweckmäfsig Applikationen kombiniert, wobei fast alle sonst hautreizenden Mittel durch ihre Anwendung während des Wasserbades erheblich gemildert und viele von ihnen, wie der Teer, auf diese Weise erst vertragen werden. Im Bade kann man sogar eine stark nässende, erodierte, gelockerte Entzündungsfläche kräftig teeren, ohne dafs Nachteil daraus erwächst. Auch der sonst bei Teer naheliegenden Möglichkeit einer Resorption wird in der Anwendung während des Bades entgegengewirkt. Man wird sehr selten Spuren des Medikamentes im Urin wiederfinden. Dagegen verschwinden Hyperämie und Jucken, Absonderung und Anschwellung, kurz ein nässendes Ekzem jeder Art kann sich nach wenigen Bädern mit gleichzeitiger Teerbepinselung in ein trockenes und reizloses verwandeln. Notwendig für den günstigen Heilungsprozefs ist auch die Fernhaltung aller äufseren Schädlichkeiten. Dies geschieht am besten bei den nässenden Ekzemen durch die indifferenten Streupulver, von denen am empfehlens-

wertesten das Talcum veneticum ist. An allen Stellen, welche sich ohne Umstände verbinden lassen, am Hals, Gliedmafsen, Scrotum wird das Talcum löffelweise in einer Schicht von mehreren Millimetern aufgetragen und darüber eine dünne Watteschicht mit einigen Bindentouren befestigt. Neben den Streupulvern kommen als absaugend und austrocknend die Pasten in Betracht, unter denen Verfasser besonders die 2%ige Salicylpaste aus Zink-Amylum und Vaselin empfiehlt; ferner wirkt vorteilhaft eine Mischung von Zink und Olivenöl (60:40) als Zinköl. Schliefslich kann man zur Beseitigung der Hautinfiltrate die Schwitzkuren in Anwendung bringen. Dieselben lassen sich zwanglos in den übrigen Gang der Behandlungsmethode einfügen. Dieser Gang ist folgender: Zuerst im Bade Reinigung von allen Haftungen, dann Teereinpinselung jeder sichtbar oder fühlbar affizierten Stelle, hierauf in passenden Fällen partielle oder totale Schwitz-Einpackung, endlich Imprägnation mit Teer-Schwefelpaste in geringer und Überstreichung mit Salicyl- oder Zinkölpaste in reichlicher Quantität, schliefslich Verband oder Überpuderung mit grofsen Mengen indifferenten Streupulvers — dies sind die Hauptzüge eines vom Verfasser erprobten und leicht durchführbaren, die Indikationen aller Reiz-, Wund-, Infektions- und lymphangitischen Ekzeme zusammenfassenden Verfahrens.

C. Berliner - Aachen.

The British Journal of Dermatology.

Dezember 1895.

I. **Bemerkungen über Dauerfärbungen des Trichophytonpilzes**, von H. G. Adamson-London. Eine Sammlung von Dauerpräparaten ist nach Sabouraud aus folgenden Gründen notwendig:

1. Wenn man die korrekte Morphologie eines Trichophytonpilzes im Haar untersucht, soll man in der Lage sein, sich zurückzurufen, ob ein früher untersuchter Fall eine genau identische Form darbiete.

2. Um im Falle einer ausgewachsenen Reinkultur sich das mikroskopische Bild zu vergegenwärtigen, das sie geliefert hat.

3. Um gleichzeitig die Morphologie von Pilzen während ihres parasitischen Lebens und ihrer Reinkulturen miteinander zu vergleichen, wenn letztere von jenen unterschieden sind.

Die Methode, welcher Verfasser sich zur Herstellung von Dauerfärbungen bedient, ist eine Kombination zweier Prozesse: einmal der Applikation einer Kalium-causticum-Lösung, dann der nachfolgenden gewöhnlichen Färbemethode.

Unter dem Einflufs der ersteren schwellen die hornigen Strukturen und erweichen, gleichzeitig verlieren sie ihre Keratinnatur, so dafs sie sich in der Folge ebensogut entfärben, wie es andere nicht-hornige Epithelialgewebe thun.

Der Gang der Methode ist folgender:

1. Eine 5—10%ige Kalium-causticum-Lösung läfst man auf das Präparat 10 bis 30 Minuten einwirken.

2. Abspülen mit 15%igem Alkohol.

3. Trocknen und im Falle von Schuppen Fixieren durch Erwärmen über der Flamme.

4. Färben in Gentiana-Anilin-Violett (in der gewöhnlichen Weise bereitet, indem man einige Tropfen einer gesättigten alkoholischen Lösung von Gentianaviolett zu Anilinwasser zusetzt) 15—60 Minuten lang.

5. 1—5 Minuten in Gramscher Jodlösung.

6. Entfärben in Anilinöl, 2—3 Stunden oder länger.

7. Entfernen des Anilinöls mit Löschpapier und Konservieren in Kanadabalsam.

II. **Arsenikaffektionen der Haut**, von J. Moreira-Bahia (Brasilien). Verfasser beschreibt acht Fälle von verschiedenen durch Arsenikgebrauch hervorgerufenen Hautaffektionen.

Im ersten Falle entstand zunächst ein universelles Erythem, das stark juckte, an Brust, Schultern, Oberschenkeln, stark, an Händen, Gesicht und Hals weniger deutlich ausgeprägt war und auf Druck für einen Augenblick verschwand. Nach fortgesetztem Gebrauche zeigten sich akute, toxische Symptome, an den Handtellern und Fufssohlen eine beträchtliche Verdickung der Epidermis. Das Gesicht stark dunkelbraun (der Patient war ein Mulatte), die Haut des ganzen Körpers abnorm pigmentiert.

Im zweiten Falle zeigte sich neben schweren toxischen Allgemeinerscheinungen ein Ausschlag, der aus zahllosen, erbsengrofsen Beulen an Schultern, Rücken, Armen bestand, später Broncefärbung, diffuses Erythem an Handtellern und Fufssohlen, schliefslich Abschuppung grofser, dicker Epidermislamellen.

In Fall 3 Krusten und kleine Narben hinterlassende Ulcerationen, Broncefärbung an verschiedenen Körperstellen.

Fall 5. Trockener, livider, papulo-erythematöser Ausschlag mit nachfolgender Desquamation der befallenen Teile.

Fall 6. Zuerst rubeolenartiges Exanthem, später an den Händen warzenartige Exkrescenzen.

Fall 7. Akuter bullöser Ausschlag mit heftigem Jucken.

Fall 8. Ein Zoster cervico-subclavicularis an der linken Seite, bei fortgesetztem Gebrauche zahlreiche Verdickungen der Epidermis am linken Handteller.

Verfasser zieht folgende Schlüsse aus seinen Fällen:

1. Die Fälle sind unwiderlegliche Beispiele von durch Arsenik hervorgerufenen Hautstörungen.

2. Sie beweisen, dafs die Arsenikeruptionen nicht immer ähnlichen Charakters sind.

3. Das Klima scheint keinen Einfluls auf die Form der Arsenikeruption auszuüben.

4. Die Rasse modifiziert, abgesehen von der Farbe, das Aussehen der verschiedenen Arsenikausschläge nicht. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Die Lepra vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte, von Hansen und Looft. (*Bibliotheca medica.* D. II. Heft 2.) Die Verfasser geben in diesem durch schöne Bilder illustrierten Hefte eine zusammenfassende Übersicht über die Erfahrungen, welche sie nach 20jährigem Studium der Lepra gesammelt haben. Es ist dankenswert, dafs sie dieselben nunmehr auch in deutscher Sprache haben erscheinen lassen, denn — dieser Gesichtspunkt hat die Verfasser bei dieser Veröffentlichung geleitet —, die bisherigen Arbeiten, welche nur in norwegischer Sprache erschienen waren, sind vielen Forschern unbekannt geblieben. *F. Hahn-Bremen.*

Die Bemerkungen über das klinische Bild und die Differentialdiagnose der Lepra, von Prince A. Morrow (*Americ. med.-surg. bull.* 1895. No. 9), bieten nichts

wesentlich Neues. In der Ätiologie der Lepra bildet die Heredität nur ein prädisponierendes Moment, und zwar aus folgenden Gründen: 1. Es giebt keine sicher konstatierten Fälle von kongenitaler Lepra; 2. das Lebensalter, in dem sich die Erkrankung bei Kindern Leprakranker entwickelt, entspricht der Inkubationsdauer der Krankheit und weist auf eine postnatale Infektion hin; 3. Kinder Leprakranker, die bald nach der Geburt von ihren Eltern entfernt werden, erkranken höchst selten; 4. die rasche Zunahme der Lepra in neuen Zentren kann unmöglich auf Grund der Heredität erfolgen, da die meisten Kranken steril bleiben und eventuelle Kinder zu den neuen Fällen nur ein sehr geringes Kontingent stellen. *H. Einhorn-München.*

Über einen Fall von Lepra tuberosa et nervorum, der durch ein interkurrentes Erysipel ganz erheblich gebessert ist, berichtet Johannes Wihtol in der *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1895. No. 19. Der Kranke litt seit über fünf Jahren an Lepra und zeigte ein ganz typisches Bild mit Knotenbildung und Sensibilitätsstörungen. Alles besserte sich im Verlaufe von zehn Tagen nach dem Überstehen einer Gesichtsrose. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Obduktion eines unter der Diagnose Lungenlepra früher vorgestellten Kranken berichtet Riehl. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 19.) Dieselbe ergab einen blutigen Erguſs im linken Pleuraraum, einen Abscefs neben der Wirbelsäule, in dessen Grunde arrodierte Wirbelkörper bloſsliegen. Weder im Eiter, noch im Erguſs fand man Leprabacillen, wohl aber in reichlicher Zahl im Bronchialsekret. Es bestand eine bacillenartige Perichondritis an den Bronchien; die Lungensubstanz war normal. An den Lidern waren Leprome vorhanden; ferner fand sich eine Episcleritis und Iridocyclitis leprosa. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dr. Edw. Ehlers' Berichte über die Leprakrankheit auf Island, von Ingeir Blöndal-Island. (*Hospit. Tid.* 1895. pag. 563.) Verfasser macht einige Mitteilungen zu den bereits früher referierten Berichten, u. a. rücksichtlich der Wohnung und der Nahrung der Isländer. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Bericht an das Ministerium über meine zweite Lepraexpedition nach Island, von E. Ehlers-Kopenhagen. (*Hosp. Tidende.* 1895. No. 40.) Auf dieser zweiten Expedition hat E. Erkundigungen über 18 neue Patienten eingezogen, wodurch die gesamte Anzahl von Leprakranken, über die Auskünfte oder direkte Untersuchungen vorliegen (vergl. frühere Referate in dieser Zeitschrift), 158 beträgt (sechs von diesen sollen im letzten Jahre gestorben sein), nämlich 91 Männer (41 mit knotiger, 21 mit gemischter und 29 mit anästhetischer Lepra) und 67 Weiber (32 mit knotiger, 12 mit gemischter und 23 mit anästhetischer Lepra); da es aber noch einige Gegenden des Landes giebt, über die man nur unvollständige Erkundigungen hat, meint E., es seien im ganzen wenigstens 200 Aussätzige auf Island. E. hebt wie schon früher die unverantwortliche Promiskuität zwischen Kranken und Gesunden hervor. Die Landesversammlung hat daher dieses Jahr (nach Verwerfung des Regierungsgesetzvorschlages, bestehend in Errichtung eines Leprakrankenhauses und eventueller Zwangsisolation), Isolation der Leprakranken in den Häusern zum Gesetz erhoben, was E. wegen der dortigen Verhältnisse für nicht durchführbar hält. Eine kleine illustrierte Schrift „über die Leprafrage", von E. herausgegeben, ist ins Isländische übersetzt und wird jetzt unentgeltlich unter die Bevölkerung verteilt. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

b. *Tuberkulose.*

Behandlung des Lupus und der Hauttuberkulosen, von Morelle. (*Presse méd. belge.* 1895. No. 18.) Als Grundsatz gelte, daſs es keine exklusive Behandlungs-

methode des Lupus giebt; jeder Fall bietet seine speziellen Indikationen, in dem kosmetische und andere Rücksichten in Betracht kommen. Man verliere nicht eine kostbare Zeit, in der Hoffnung, dafs einzelne (sehr seltene) Fälle durch die blofse Darreichung von inneren Medikamenten geheilt worden sind; vielmehr unterziehe man den Patienten von Anfang an einer energischen und radikalen Kur. Andererseits soll aber die allgemeine Therapie nicht vernachlässigt werden, und in dieser Hinsicht leisten Lebertran und Arsenik, unterstützt durch Hydrotherapie, Leibesübungen und entsprechende Nahrung, vorzügliches.

Die ideale Behandlung bleibt die lokale; sie bezweckt die möglichst vollständige Ausmerzung alles Krankhaften. In erster Linie kommt hier in Betracht die Excision mit nachfolgender Naht, welche zu einer wenig sichtbaren linearen Narbe führt, aber nur bei Herden von geringer Ausdehnung Anwendung findet; aufserdem entgehen oft die mikroskopischen Lupusknötchen, die sich nicht immer in unmittelbarer Nähe des Hauptherdes befinden, unserem Auge. An Stelle der Naht treten, bei Excision gröfserer Felder, die Thierschschen Transplantationen; diese lassen aber meist höchst entstellende Narben zurück und eignen sich deshalb nur für bedeckte Körperstellen.

Die blofse Auskratzung ist mit der Gefahr einer Allgemeininfektion (Miliartuberkulose) verbunden; eine nachfolgende Thermokauterisation schützt gegen dieselbe.

Skarifikationen (Vidal) wirken nur sehr langsam. M. verbindet dieselben deshalb in vorteilhafter Weise mit Ätzungen mit Argentum nitricum oder Chlorzink (10%).

Unter den Causticis nimmt den ersten Rang die Galvanokaustik ein, welche sehr schöne Resultate liefert. Die chemischen Ätzmittel sind im allgemeinen zu verwerfen, weil zu unsicher. Sie sind da indiciert, wo die Chloroformnarkose nicht angewendet werden kann. Am meisten empfehlenswert ist unter ihnen das Pyrogallol, speziell nach der Methode von Besnier (gesättigte Lösung von Pyrogallussäure in Äther).

Der noch hartnäckigere Lupus der Schleimhäute wird mit dem Galvanokauster, eventuell mit Argentrum nitricum-, Chlorzink-, Milchsäureätzungen bekämpft.

Skrophulo-tuberkulöse Gummata werden am besten durch Auskratzung und nachfolgende Kauterisation behandelt; die unterminierten Ränder sind zu entfernen.

Genaue Beobachtung der Patienten während längerer Zeit nach der Behandlung.

C. Müller-Bern.

Die Radikalbehandlung des Lupus, von R. T. Caesar. (*Lancet.* 6. April 1895.) Es sind bereits verschiedene Fälle publiciert, bei denen Lupus durch genaue Excision des kranken Gewebes und nachfolgendes Auflegen von Thierschschen Hautlappen höchst erfolgreich behandelt wurde. C. berichtet über zwei Fälle, welche er vor zwanzig, resp. zehn Jahren durch einfache Excision ohne die Transplantation zum Stillstand brachte.

1. Ein 62jähriger Mann hatte auf der linken Wange ein über thalergrofses, typisches Lupusgeschwür. Verfasser präparierte sämtliches erkranktes Gewebe rein weg, indem er die Ränder, sowie auch die Basis mitsamt etwas von dem gesunden ablöste. Heilung ohne wesentliche Entstellung durch Granulieren. Patient wurde mehrere Jahre beobachtet, und ein Recidiv blieb aus.

2. Bei einem achtjährigen Knaben wurde dasselbe Verfahren ebenfalls mit gutem Erfolge geübt.

Philippi-Remscheid.

Zur Behandlung des Lupus, von H. Bönig. (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 22.) Der Verfasser acceptiert den Standpunkt Liebreichs von den pseudoparasitären Erkrankungen, welcher gestützt wird durch das Experiment Chauveaus. Diese lehrten, dafs subkutan abgedrehte Hoden zerfallen und resorbiert werden, und nur

dann der Gangrän verfallen, wenn faulende Substanzen von der Abdrehung ins Blut eingespritzt werden. Diese Gangrän bleibt aus, wenn von der Injektion die Blutgefäfse des Hodens durchtrennt sind. Zur Kantharidinbehandlung bemerkt er, dafs dieselbe, gleich der von ihm mit Erfolg geübten Tuberkulinbehandlung, gute Resultate nur da geben könne, wo der Gesamtorganismus normal sei, denn nur dann könne der hervorgerufene stärkere Blutzufluſs zu den erkrankten Gebieten die Zellen widerstandsfähiger machen, ein Punkt, der theoretisch auch von LIEBREICH nicht hervorgehoben sei. Aus diesem Grunde werde auch der Versuch, durch Kantharidin Leiden zu heilen, die auf mangelhafter Ernährung beruhen, erfolglos bleiben. Wo bei Lupus noch dyskrasische Anomalien, ausgebreitete Tuberkulose besteht, ist von dem Kantharidin nichts zu erwarten, das sonst gute Resultate giebt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bemerkungen zu Herrn Prof. KÖBNERs Aufsatz „Zur Kritik der Lupusheilung durch Kantharidin", von EDMUND SAALFELD. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 15.) Die etwas unerquickliche Kantharidin-Polemik wird in dieser Arbeit von SAALFELD fortgesetzt, der KÖBNER thatsächliche Unrichtigkeit der von ihm LIEBREICH gegenüber gemachten Angabe vorwirft. Das Kantharidin wirke sehr langsam bei Lupus, könne aber auch schnell wirken, das beweise der Erfolg DEMMES bei Verbrennungswunden. Verfasser hat niemals annähernd solch gute Heilresultate bei der Lupusbehandlung gesehen, wie sie durch Kantharidinbehandlung erzielt werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Association von Tuberkulose und Syphilis, von POLAIN. (*Sem. méd.* 1895. No. 7.) Eine 32jährige, vorher stets ganz gesunde Frau acquirierte die Syphilis, von welcher sie geheilt aus dem Spital entlassen wurde. Sieben Monate nach dem Auftreten des Initialaffektes erkrankte sie unter manifesten tuberkulösen Erscheinungen, weshalb hier angenommen werden kann, dafs die Syphilis für eine nachträgliche tuberkulöse Infektion den Boden vorbereitet hat, zumal im vorliegenden Falle die primäre Erkrankung in den Lungen bedeutende Störungen verursacht hatte (Bronchitis specifica, Kavernen). *C. Müller-Bern.*

c. *Syphilis.*

Abwehr der Theorie vom amerikanischen Ursprung der Syphilis, von PUSCHMANN. (Vortrag, nach *Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 24.) Dieser von HENSLER gegenüber ASTRUC, GIRTANNER u. a. am Schlusse des vorigen Jahrhunderts scheinbar vollkommen widerlegten Theorie wird neuerdings (z. B. von BINZ) eine gewisse Berechtigung zugesprochen, weshalb Verfasser eine eingehende Untersuchung hierüber anstellt. Die Hauptmomente, die Angaben von DIAZ und ORVIEDO, werden analysiert und Bedenken gegen deren Glaubwürdigkeit erhoben. Es wird hingewiesen auf den Mangel von diesbezüglichen Mitteilungen seitens der zahlreichen Gouverneure, Beamten, Ärzte und Laien, welche von 1493 — 1525 die neue Welt besuchten und wieder nach Europa zurückkehrten, auf die Nichterwähnung der Syphilis durch DIEGO ALVAREZ CHANCA, den Arzt des Kolumbus auf dessen zweiter Reise und auf manch andere befremdliche Erscheinungen. Dagegen gehe aus den Angaben mehrerer Schriftsteller jener Zeit hervor, dafs die Syphilis in den Jahren 1493 und 1494 bereits in Frankreich, Italien und Deutschland beobachtet wurde; ja, manche Autoren wollen sie noch früher (bis 1446) beobachtet haben. MEYNARDUS (1527) und TERACASTORIUS (1536) bewiesen schon damals, dafs die Syphilis weder eine neue Krankheit, noch aus Amerika eingeschleppt worden sei. Die Syphilis — so schliefst PUSCHMANN — ist entweder vollständig neu entstanden, oder sie war schon vorher da, vielleicht unter einem anderen Krankheitsbegriff verborgen. Sie ist wohl schon im Altertum und im Mittelalter

beobachtet worden, wofür Verfasser später Dokumente und litterarische Belegstellen beibringen will. (Solche bringt in Menge Burrt: *La syphilis à travers les âgés.* Ref.)

Neuhaus-München.

Über die venerischen Krankheiten bei den alten Israeliten, von Jos. M. Lorbel. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 13.) In jüngster Zeit haben wiederum mehrere Autoren, wie Jelke, Proksch u. a., die Bibel auf das Vorkommen von Syphilis bei den alten Israeliten studiert und Sarah, David, Hiob die Syphilis andiagnosticieren zu müssen geglaubt. Der Verfasser bemüht sich nun, mit augenscheinlichem Erfolge zu beweisen, auf welch schwachen Füfsen die Diagnosen beruhen, wie willkürlich die betreffenden Bibelstellen gedeutet sind, wie vieldeutig die Schilderungen der betreffenden Leiden in der Bibel sind. Mag nun die Syphilis damals existiert haben oder nicht, das bleibt dahingestellt, aus der Bibel sind aber eindeutige Beweise für ihr Vorhandensein bei bestem Willen nicht herauszufinden, wenn man dem Texte nicht Gewalt anthut. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Verbreitung der Lues in Livland. Bericht von H. Teuhart-Dorpat. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1895. No. 11.) Durch eine grofse, sorgsam durchgeführte, auf Veranlassung der Gesellschaft livländischer Ärzte veranstaltete Enquete kam der Verfasser zu ziemlich sicheren statistischen Ergebnissen über die Verbreitung der Syphilis in Livland in den Jahren 1892—1893. Es fanden sich 5350 Syphilisfälle (= 4,46 pro Tausend der Gesamtbevölkerung). Natürlich sind für die gröfseren Städte (Riga und Dorpat) die Zahlen viel ungünstiger. 34,6 % aller Syphilitiker wurden in Anstalten behandelt. Von den 5350 Syphilitikern waren 4290 recente Formen. Verfasser verkennt nicht die Unzuverlässigkeit seiner Statistik, wie jeder Syphilisstatistik, glaubt aber doch den Schlufs ziehen zu dürfen, dafs dieselbe bezüglich der Syphilis für Livland ein sehr trauriges Bild liefere.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Eintrittspforten des syphilitischen Virus, von Dubois-Havenith. (*La Policlinique.* 1895. No. 13.) Dem Autor wurde eine Patientin zugewiesen mit untrüglichen Symptomen sekundärer Syphilis, ohne dafs sowohl in der Anamnese die geringsten Anhaltspunkte für Annahme einer luetischen Infektion, als irgendwo am Körper Spuren eines Schankers nachgewiesen werden konnten. Erst später erinnerte sich die Patientin, dafs der Arzt, der sie während ihres Puerperiums behandelt hatte, an einer Affektion am rechten Zeigefinger litt, die er für ein Panaritium hielt. D.-H., der den betreffenden Arzt kannte, wufste, dafs es sich nicht um ein Panaritium, sondern um einen harten Schanker handelte. *C. Müller-Bern.*

In einem klinischen Vortrage zählt Fournier alle die verschiedenen Weisen auf, **wie der Arzt auf andere die Syphilis überträgt, und umgekehrt, wie er sich selbst syphilitisch infiziert.** (*Bull. méd.* 1895. No. 39 u. 40.) Unter anderen Instrumenten, wie Specula, Messer etc., nennt er auch den Höllensteinstift, resp. dessen Träger, und ist er überzeugt, dafs derselbe zu unzähligen luetischen Infektionen geführt hat. Man verläfst sich eben zu fest auf die antiseptischen Eigenschaften des Argentum nitricum und überträgt dies Vertrauen unbewufst auch auf den Lapisträger, der als der eigentliche Sünder zu betrachten ist. *C. Müller-Bern.*

In einem klinischen Vortrage **über die syphilitische Infektion durch die Placenta** bespricht C. Pellizzari aufser der konceptionellen Lues (Erkrankung des Fötus infolge von Infektion durch das spezifisch afficierte Spermatozoid) und der kongenitalen, wobei der Fötus, welcher durch eine intakte Keimzelle erzeugt wurde, erst nachträglich in utero und infolge einer syphilitischen Infektion der graviden Mutter

erkrankte, noch eine zweite Art der angeborenen Syphilis. Das Wesen dieser letzteren stellt sich P. in folgender Weise vor: es lasse sich nämlich vorstellen, dafs von zwei seit mehreren Jahren syphilitischen Eltern eine beim Fekondationsakte luesfreie Keimzelle erzeugt werden könne, dafs dann aber im Verlaufe der Schwangerschaft das in der Mutter in latentem Zustande schlummernde Virus zu neuem Leben angefacht werde und sich dann durch Vermittelung der Placenta auf das bereits konceptionell erzeugte übertrage. Als Thatsachen zur Unterstützung seiner Ansicht zieht P. herbei: die gröfsere Stabilität der Eierstockzellen gegenüber dem häufigen Wechsel der Zoospermien und den Grad der placentaren Läsionen, welche in den ersten drei oder vier Jahren nach der Infektion im fötalen, später im mütterlichen Teile der Placenta vorherrschen. (*Clin. mod.* 1895. No. 5.) *C. Müller-Bern.*

Über die Elimination des Syphilisgiftes nach jetzigen Beobachtungen in England, von H. Lee. (*Lancet.* 11. Mai 1895.) Nach den Erfahrungen des Verfassers ist die Haut dasjenige Organ, welches das Virus der Syphilis im sekundären Stadium ausscheidet, und alle Störungen der normalen Funktionen derselben haben die ernstesten Nachteile zur Folge. Er führt mehrere Beispiele dafür an, dafs kräftige und verhältnismäfsig junge Männer mit sekundärer Syphilis infolge von Erkältung oder Durchnässung Hemiplegie mit und ohne Beteiligung der Knochen und andere schwere Komplikationen darboten. Das zuverlässigste Antisyphiliticum sei das Kalomelbad; nach einem ausdauernden, sorgfältigen Gebrauch desselben zwei bis drei Monate hindurch hat L. nur ganz äufserst selten irgend welche Recidive gesehen. Was das Heiraten betrifft, so hält er dafür, dafs ein Mann, der richtig und erfolgreich behandelt worden ist, zu jeder Zeit heiraten kann; ist aber das Leiden eingewurzelt und eine Unempfänglichkeit für den Einfluſs der Quecksilberpräparate eingetreten, so kann der Betreffende in seinem ganzen Leben nie als völlig sicher betrachtet werden.
Philippi-Remscheid.

Harter Schanker des unteren Augenlides, von Danlos. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 5.) Ein zehnjähriges Mädchen trägt am linken unteren Augenlide einen syphilitischen Schanker. Dieser ist merkwürdig durch seine Ausdehnung über den ganzen freien Lidrand, durch den völligen Ausfall der Wimperhaare, durch die einfache Aufschürfung seiner Oberfläche und hauptsächlich durch seinen Mangel an Begrenzung. Man kann nicht bestimmen, wo die Affektion anfängt und wo sie aufhört, sei es im Lide, sei es in der Conjunctiva. Es giebt kein Ganglion praeauriculare, dagegen eine sehr bedeutende schmerzlose Drüsenschwellung am Kieferwinkel und einen Kranz von kleinen Drüsen, die vom Kieferwinkel bis zur Fossa subclavicularis herabreichen. Aufserdem hat das Mädchen ein Geschwür auf den Mandeln und Roseola.

Diese Syphilis ist in der Familie entstanden und wahrscheinlich durch die Mutter übertragen worden bei dem Versuche, einen Fremdkörper aus der Bindehaut zu entfernen. *Neuhaus-München.*

Ein Fall von syphilitischem Schanker des Augenlids, von Hinshelwood. (*Glasgow. med. Journ.* März 1895.) Verfasser beobachtete eine 62jährige Frau, die am inneren Kanthus des rechten Auges einen harten Schanker hatte; ein halbkreisförmiges Geschwür safs je am oberen und unteren Augenlid. Waren die Lider geschlossen, so bildeten die beiden Segmente einen kreisrunden Schanker. Aussehen des Geschwürs, auftretende Roseola und Erfolg der eingeschlagenen spezifischen Therapie liefsen die Diagnose stellen. Anamnestisch ergab sich, dafs die Patientin ihr syphilitisches Enkelkind gepflegt hatte und, um dies zu beruhigen, dessen Kopf an ihr Gesicht gelehnt hatte. *F. Hahn-Bremen.*

Über herpetische Schanker, von Jonathan Hutchinson. (*Arch. of surg.* 1895. S. 37.) Zwischen Schanker und Herpes besteht eine gewisse Beziehung, indem Leute nach überstandenem Schanker zu herpetischer Erkrankung des Gliedes geneigt werden. Der Herpes kommt erst mehrere Jahre nach der Syphilis zum Ausbruch, wird von Quecksilber nicht, wohl aber von Arsen beeinflufst. Zuweilen entfernt sich ein solcher Herpes aber von seinem gewöhnlichen Verlauf, verwandelt sich in chronisches Geschwür, das sich verhärtet, monatelang bestehen bleibt und einem Ulcus durum zum Verwechseln ähnlich sieht. Für diese Geschwüre schlägt H. den Namen „herpetischer Schanker" vor. Sie ereignen sich namentlich bei jungen Ehemännern, die vor ihrer Verlobung syphilitisch waren; eine Übertragung der Syphilis durch dieselben ist keineswegs ausgeschlossen. H. teilt zwei derartige lehrreiche Krankengeschichten mit. *Türkheim-Hamburg.*

The after Marriage Chancre, von J. Hutchinson. (*Arch. of surg.* 1895. S. 131.) H. erzählt hier einen neuen Fall von dem seltenen Vorkommen, dafs ein Mann, nachdem seine Syphilis mehrere Jahre alt ist, ohne weitere Symptome zu machen, von dem Arzte die Erlaubnis zur Heirat erhält und nun aber doch seine Frau ansteckt, bei der ein primäres Ulcus erscheint. H. empfiehlt, dafs Syphilitiker vor ihrer Ehe noch einmal wieder eine energische Hg-Kur durchmachen. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Excision des syphilitischen Initialaffektes, von Ernst Finger. (*Wien. med. Presse.* 1894. No. 2 u. 3.) Die Diagnose des Initialaffektes ist eine schwierige, da einerseits die Sklerose fehlen kann, andererseits eine Härte bei anderen Geschwüren vorhanden sein kann. Letzteres ist besonders oft bei Sitz im Sulcus coronarius und am Margo praeputii der Fall, Stellen, wo die Excision am häufigsten geübt wird. An den Fällen von Auspitz läfst sich die Wichtigkeit dieses Umstandes beweisen. Es sind bei den positiven Erfolgen der Autoren sicher viele nicht luetische Prozesse mitgerechnet. Mafsgebend ist nur die indolente Lymphadenitis. Wo diese aber vorhanden war, blieb das Resultat stets ein negatives. Die Fälle aber, wo zweifellos eine Sklerose excidirt ist, beweisen auch nichts Sicheres, da auch ohne Excision Allgemeinerscheinungen ausbleiben können, besonders bei Weibern. Vier solche Fälle hat der Verfasser beobachtet. In zwei von diesen traten Eruptionserscheinungen, rheumatische Schmerzen, Anämie, Abgeschlagenheit auf, aber es erfolgte keine Eruption. Der Ausfall der Sekundärerscheinungen nach Excision bewies auch nicht die abortive Heilung, es könnten ja doch später tertiäre hervortreten. Die Möglichkeit sucht Verfasser an drei Fällen zu illustrieren. Die Schlüsse lauten:

1. Es giebt Fälle, wo bei spontanem Ablauf des Primärstadiums doch das Sekundärstadium völlig ausbleibt;

2. deshalb braucht das relativ seltene Ausbleiben sekundärer Erscheinungen nach Excision zweifelloser Initialaffekte auch nicht propter excisionem erfolgt zu sein;

3. die Möglichkeit, dafs trotz Ausbleibens sekundärer Symptome doch später tertiäre auftreten, ist vorhanden. Die Ursache des negativen Ergebnisses der Excisionen liegt darin, dafs das Infiltrat sich in Form von Bändern und Strängen sich weit über das Gebiet der tastbaren Sklerose erstreckt. In diesem Gebiete sind auch die Blutgefäfse nicht normal. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Broussе unterscheidet folgende **klinische Formen des syphilitischen Schankers der Mandeln:** 1. Schanker der eigentlichen Mandel, 2. des vorderen Gaumenbogens, 3. Schanker mit gemischter Lokalisation. Diese drei Formen zeigen eine Anzahl gemeinschaftlicher Symptome mit Bezug auf ihre Lokalisation, andererseits aber existieren objektive und subjektive Zeichen, die sie voneinander unterscheiden lassen.

(*Sem. méd.* 1895. No. 42; Bericht über den zweiten französischen Kongreſs für innere Medizin, Bordeaux im August 1895.) *C. Müller-Bern.*

In der medizinisch-physikalischen Akademie zu Florenz stellte Pellizzari einen interessanten Fall von **galoppierender Syphilis** vor. Es handelte sich um eine 20jährige Frau, die sich durch Säugen eines fremden Kindes inficiert hatte: Rhagade der Brustwarze, harter Schanker, rasche Entwickelung der Sekundärsymptome und prompter Kräfteverfall. Schnelle Besserung durch eine Quecksilber-Jodkalium-Therapie. (*Lo sperimentale* 1895. No. 11.) *C. Müller-Bern.*

Zur Kasuistik der malignen Syphilis, von Ad. Schischa. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 11.) Die chronisch-intermittierende Behandlung der Syphilis hat vielfach zu einem Übermaſs in der Anwendung von Quecksilber geführt. Daſs letzteres mitunter auch bei Syphilis schaden kann, beweisen Fälle von maligner Syphilis, deren drei hier berichtet werden. Die Malignität der Syphilis dokumentiert sich in der destruktiven Tendenz, in der Bildung von Ekthyma und Rupia, in den schnellen Recidiven, im Auftreten von Fieber mit deutlich remittierendem Typus, und endlich in der ungünstigen Reaktion auf Anwendung von Quecksilber, welches die destruktive Tendenz regelmäſsig steigerte. Dabei muſs hervorgehoben werden, daſs es sich um kräftige Individuen ohne dyskrasische Anomalien handelte. Jodkalium wirkt in diesen Fällen stets wohlthätig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ascoli berichtet über einen **schweren Fall von Syphilis** bei einem 39jährigen Mann. Auſser einem Schanker, Roseola, Drüsenschwellungen bestand eine Neuroretinitis, bedeutende Gehörstörungen und die Neigung, bei aufrechter Stellung nach der Seite hinzufallen. Verfasser schloſs auf eine Periostitis des Clivus Blumenbachii. Die genannten Symptome wichen nur sehr langsam der sofort eingesetzten antiluetischen Therapie [Kalomelinjektionen]. (*Rif. med.* 1895. No. 133.)

C. Müller-Bern.

Unter **parasyphilitischen Affektionen** versteht Fournier (*Journ. des con. méd.*, Juni 1894, nach *Morgagni*, Parte II, 12. Jan. 1895) diejenigen Erkrankungen, welche in der Syphilis zwar ihre Ursache haben, jedoch für dieselbe nicht charakteristisch sind, weder in ihrer klinischen Erscheinung, noch in ihrer anatomischen Struktur den syphilitischen Läsionen gleichen, auch durch antisyphilitische Therapie nicht gebessert werden. Von diesen Affektionen sind am bekanntesten die Tabes und das Leukoderma (Syphilis pigmentaire); daſs auch die allgemeine Paralyse hierher gehört, wird immer wahrscheinlicher.

Indes muſs nach Ansicht des Verfassers der Kreis der parasyphilitischen Krankheiten viel weiter gezogen werden. Die Neurasthenie, die Hysterie, die Epilepsie, die Pseudotabes gehören zu den parasyphilitischen Affektionen der erworbenen Syphilis; zu denen der hereditären zählt Verfasser zunächst die jugendliche Tabes und Paralyse, ferner — wenn auch nicht mit Bestimmtheit — die eben genannten Krankheiten des Nervensystems, sowie die angeborene spasmodische Tabes (Littlesche Krankheit). Auſser der Rhachitis, Hydrocephalie, Meningitis gehören ferner hierher angeborene Kachexie, allgemeine oder partielle Dystrophien, Miſsbildungen (der Hände und Füſse, Spina bifida, Wolfsrachen, Hasenscharte, Mikrocephalie), Prädisposition zu skrophulösen und tuberkulösen Erkrankungen, schlieſslich Anomalien der Zähne, vielleicht auch der Diabetes und die Hämoglobinurie.

Die Diagnose dieser Affektionen, soweit sie sich auf deren parasyphilitische Natur bezieht, gründet sich auf die Feststellung der erworbenen oder hereditären Syphilis. Die Behandlung muſs sich in jedem einzelnen Falle nach dessen Eigenart

richten; zu beachten ist die Wirkungslosigkeit der spezifischen Therapie, die bei den auf wirklicher Syphilis beruhenden Affektionen von grofsem Einfluſs ist.

H. Einhorn-München.

Über Kombinationsformen nicht-syphilitischer Hautveränderungen mit syphilitischen Exanthemen, von S. Ehrmann. (*Wien. med. Bl.* 1894. No. 52.) Die experimentellen Arbeiten Tarnowskis über *„Syphilis und Reizung"* lehrten, daſs die vorhandene Syphilis auf gesetzte Ätzwunden einen sichtbaren Einfluſs ausübt. Tritt Syphilis zu einem vorhandenen Hautleiden, etwa einem Lichen pilaris, dann können beide Formen nebeneinander hergehen, ohne einander zu beeinflussen, oder die Lichen-pilaris-Knötchen werden infiltriert, dunkel gefärbt, verwandeln sich gewissermaſsen in luetische Papeln. Dies geschieht gerade da, wo der Lichen pilaris schon de norma eine venöse Hyperämie aufweist, einen Zusammenhang mit der Cutis marmorata hat. Diese Cutis marmorata zeigt so recht die Beeinflussung der Syphilide durch Hautveränderungen; sie bedingt am häufigsten die Bildung eines grofs makulösen Syphilides, welches den bläulich lividen Stellen des Netzwerkes folgt. Wiederholt ist an Stellen, wo Sinapismen gesessen, beobachtet, daſs ein makulöses in ein papulöses Syphilid übergeht. Chronische Ekzeme, Verbrühungen steigern die Proruption der Syphilide; die Hyperämie am innern Fuſsrand, an der Fuſssohle, bedingt durch intermittierende Reibung, begünstigt das Entstehen von Syphiliden an diesen Stellen. Die der Maceration, mechanischen und thermischen Insulten ausgesetzten Hautstellen zeigen besonders massige luetische Effloressenzen und oft ausnahmsweise früh. Hyperämie giebt also die Veranlassung für die Prädilektion gewisser Stellen bei luetischen Efflorescenzen, indem das Virus an diese Stellen in vermehrter Menge gelangt und mit den Leukocyten in die Umgebung auswandert. Die Hyperämie muſs aber eine passive, wie man nicht ganz treffend sagt, durch Gefäſsparese bedingte sein, wie sie der aktiven Hyperämie bei akutem Ekzem, Verbrennungen etc. folgt.

Bei Lues und Psoriasis kann man zweierlei sehen:

Entweder die Efflorescenzen sind scharf zu trennen, die luetischen sind dunkler, bräunlicher gefärbt, zeigen auf Druck Pigmentierung, nach Entfernung etwaiger Schuppen ein Infiltrat. Dabei ist zu bemerken, daſs auch Psoriasisflecken zu Pigmentierungen führen, aber nur nach langem Bestande oder nach Arsengebrauch, während sie bei Lues schon nach wenigen Tagen vorhanden sind.

Oder die Psoriasiseffloreszenzen nehmen den Charakter luetischer Efflorescenzen an, werden dunkler, infiltriert.

Skrophulöse Individua bekommen, wenn sie luetisch werden, papulo-pustulöse, schuppende, mit Pigment- und selbst mit Narbenbildung heilende Exantheme, die auf Merkurbehandlung zurückgehen. Michelsohn sah diese Syphilide bei Skrophulösen auf Grund des Riesenzellenbefundes direkt für Mischformen von Syphilis und Lues an.

Für die Praxis ist die Beachtung der Kombinationen jedenfalls von Wichtigkeit.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Syphilis und Schwangerschaft, von Lefour. (*Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux.*) Eine Frau wird auf der Hochzeitsreise von ihrem Manne angesteckt. Trotz spezifischer Behandlung drei Schwangerschaften mit vorzeitigem Ende und Geburt todfauler oder nicht lebensfähiger Früchte. Nochmalige gründliche Behandlung und durch zwei Jahre durchgeführte Enthaltsamkeit vom Beischlaf. Darauf erneuerte Schwangerschaft, Hydramnium, aber Geburt eines gesunden Kindes, das auch nach einem Vierteljahr noch nichts von Syphilis zeigt. Die linke grofse Zehe ist doppelt, das letzte Glied dieser doppelten Zehe ist in zwei Längsteile gespalten, von denen nur der äufsere einen Nagel trägt. Die Mutter war im ersten Monat dieser Schwangerschaft durch den Anblick eines gespaltenen Daumens sehr erschreckt

worden. L. ist nicht geneigt, die kleine Mifsbildung auf den Einfluſs der Syphilis zurückzuführen. *Türkheim-Hamburg.*

Zu den **langdauernden Erscheinungsformen der sekundären Syphilis** gehört nach REANUTT (*Journ. des prat.* 1895. No. 19) der sog. Lichen specificus, der vornehmlich unter drei Typen erscheint: als rote, vereinzelte oder zu Kreisen angeordnete Flecke; als rote Plaques, die mehr oder weniger mit Schuppen bedeckt sind, als Verdickungen der Epidermis, die sich hie und da zu wahren Kallositäten steigern. Am dichtesten stehen sie am Rücken; kommen sie isoliert an Handtellern und Fuſssohlen vor, so können sie leicht mit den bei Arthritikern beobachteten Efflorescenzen verwechselt werden, wobei jedoch das Aussehen und die Gruppierung der Eruptionen entscheidet. Auch mit der gewöhnlichen Keratodermie aus mechanischen Ursachen können Verwechselungen stattfinden. (Nach *Rif. med.* 1895. No. 120.) *C. Müller-Bern.*

RUANET beobachtet drei Fälle von **Mastitis syphilitica diffusa beim Manne.** Bei zweien derselben stand die Affektion bereits in der dritten Periode, beim dritten erst in der sekundären. (*Mercredi méd.* 1895. No. 7.) *C. Müller-Bern.*

Syphiloderma pigmentarium, von FRATTALI. Gestützt auf histologische und klinische Untersuchungen erklärt Verfasser: 1. daſs die Pigmenthypertrophie bei der sog. Pigmentsyphilis in klinischer Hinsicht einen primären Prozeſs darstellt, indem die Pigmentation keiner anderen syphilitischen Manifestation derselben Lokalisation nachfolgt; in anatomischer Beziehung hingegen ist der Prozeſs ein sekundärer, indem in den oberflächlichen Schichten der Cutis eine perikapillare Infiltration besteht, welche eine Mitbeteiligung der übrigen Haut an dieser Veränderung nach sich zieht; 2. daſs diese Veränderung selbst eine Folge der syphilitischen Erkrankung ist. (*Rif. med.* 1895. No. 105.) *C. Müller-Bern.*

GÉMY berichtet über drei Fälle von **Leukomelanodermia syphilitica** (FOURNIER), die er bei Kabylen beobachtete (*Bull. méd. de l'Algérie.* Oktbr. 1894). Die Affektion hat nichts Gemeinschaftliches mit Vitiligo, ebensowenig wie mit Lepra (tuberculosa oder anaesthetica), mit Sklerodermie und Skrophulose; sie ist auch keine trophoneurotische Achromie oder Hyperchromie, sondern lediglich das Überbleibsel von ulcerösen Syphiliden. Sie kennzeichnet sich durch isolierte oder zu polycyklischen Figuren gruppierte farblose Felder, welche scharf von der umgebenden, normalen, dunklen Hautfarbe abstechen. Mikroskopisch läſst sich in den betreffenden Feldern vollständiger Pigmentmangel nachweisen, während die Grenze gegen die normale Haut hin stellenweise hyperpigmentiert erscheint, wobei das Pigment teils in Zellen enthalten ist, teils frei liegt. *C. Müller-Bern.*

VAN GEHUCHTEN teilt einen Fall von **Labio-glosso-laryngealparalyse syphilitischen Ursprungs** bei einem 30jährigen Manne mit. Heilung unter Quecksilber-Jodkalium-Therapie. (*La Policlinique.* 1895. No. 7.) *C. Müller-Bern.*

Über Makrocheilie, bedingt durch syphilitische Erkrankung der Lippenschleimhaut, von P. THIMM. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 24.) Der Fall, den Verfasser sah, betraf Ober- und Unterlippe; beide waren stark geschwollen; beim Palpieren fühlte man eine Reihe von kleinen Tumoren; an der Lippenschleimhaut zeigten sich kleine Öffnungen, aus denen auf Druck schleimige Flüssigkeit austrat. Es handelt sich also um einen Entzündungszustand der Lippenschleimdrüsen, der aber, entgegen den von FRÄNKEL und VOLKMANN beschriebenen Fällen, auf syphiliti-

scher Basis sich entwickelt hatte, wie aus einigen alten Narben am Unterschenkel und ex juvantibus (Jodkalium) hervorging. *F. Hahn-Bremen.*

Über Verwachsungen und Verengerungen im Rachen und Kehlkopf infolge von Lues, von Dr. P. Heymann in Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 30.) Die syphilitischen Verengerungen im Rachen sind stets das Endergebnis einer Geschwürsbildung auf gummöser Basis. Die Stellen, an denen sich Verengerungen im Nasenrachenraum finden, sind dicht hinter den Choanen und an der Grenze gegen den Nasenrachenraum. Der eigentliche Mundrachenraum zeigt keine Stenosen, dagegen findet sich im unteren Schlundteile in Höhe der Zungenwurzel dicht oberhalb der Epiglottis eine nicht unerkleckliche Zahl von Verwachsungen, welche dadurch entstehen, dafs die Zungenwurzel mit der hinteren Rachenwand durch ein membranoides Narbengewebe verwachsen ist. Viel komplicierter, als die erwähnten Stenosierungen im Rachen, sind die Verengerungen, die den Kehlkopf selbst betreffen, ebenso wie sie an Zahl diejenigen des Rachens erheblich überragen. Die meisten Verwachsungen im Kehlkopfe finden sich in annähernd horizontaler Richtung, und zwar meist im Niveau der wahren oder etwas weniger häufig der falschen Stimmbänder. Die Verwachsungen der wahren und falschen Stimmbänder tragen meistens einen membranösen Charakter. Sobald es sich um ausgedehnte Veränderungen im Kehlkopf handelt, sind auch im Rachen und an der Zunge irgendwelche Narben oder sonstige Spuren überstandener Syphilis. Als Ursache der beschriebenen Veränderungen findet sich meistens hereditäre Lues. Therapeutisch wird man aufser zu Hg und Jodkalium in einzelnen Fällen zum Messer, Galvanokauter, zu Dilatations- und Intubationsinstrumenten greifen müssen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Beitrag zur Behandlung der flächenhaften syphilitischen Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand, von Lieven. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 21.) Unterscheidet man mit Ried drei Verwachsungsformen, so gehören die von Lieven operierten beiden Fälle zu jener seltenen Form, bei welcher durch totale Verwachsung der Gaumenbögen und des Gaumensegels mit der Rachenwand gar keine Verbindung zwischen Nase und Mundhöhle vorhanden ist. Um die vielen funktionellen Störungen im Gefolge dieser Verwachsung teilweise zu beseitigen, ist unbedingt operativ einzugreifen. Hierfür empfiehlt Lieven seine Operationsmethode, die in der Nachbehandlung einiges Neue bietet. Das Verfahren ist folgendes: Nach Einlegen des Whiteheadschen Speculums wird das Velum allseitig mit einer krummen Schere von der hinteren Rachenwand abgetrennt. Zuerst wird die Ablösung der Gaumenbögen vorgenommen, was technisch am schwierigsten ist. Nach Ablösung der Randpartien, sowie man nur etwas höher nach dem Nasenrachenraum zu an der hinteren Rachenwand heraufgehen mufs, hört infolge profuser Blutung die direkte Kontrolle mit dem Auge oder mit Unterstützung des Spiegels auf, man arbeitet sich alsdann, die Schere auf dem linken Zeigefinger vorschiebend, in den Nasenrachenraum hinein. Ist man im stande, die Choanen mit dem Finger zu fühlen, so tastet man jetzt noch die anderen Wände des Nasenrachenraumes ab nach freien Narbensträngen, welche unabhängig von der flächenhaften Verwachsung sich frei in demselben der Quere nach ausspannen können. Nach deren Durchtrennung bläst man eine beträchtliche Menge Europhen ein und tamponiert dann sofort mit einem sterilen, mit Europhen bestäubten Gazeballen; legt am weichen Gaumen keine Nähte an. Am dritten Tage entfernt man den Tampon und ersetzt ihn durch einen neuen. Der Tamponwechsel wird bis zum zehnten Tage noch 1—2 Mal vorgenommen. Hierauf beginnt folgende Behandlung: Von Dionisio ist eine nach dem Prinzip des Kolpeurynters konstruierte Gummikugel angegeben,

welche in einem Schlauch aus demselben Material ausläuft und zur Kompression bei Epistaxis dienen soll. Diesen Apparat liefs Lieven kräftiger anfertigen und wandte ihn so an, dafs er das Schlauchende an einem durch die Nase in den Rachen geleiteten Gummikatheter befestigte und durch Zurückziehen des letzteren die Kugel in den Nasenrachenraum brachte. Hierauf wurde diese mittelst eines Gebläses mit Luft gefüllt und so eine den Nasenrachenraum gleichmäfsig dehnende Kraft erzeugt. Alsdann schliefst man das vor der Nase liegende Schlauchende mit einem zwischen Schlauch und Gebläse angebrachten Hahn luftdicht ab und entfernt das letztere. In den ersten 2—3 Wochen empfiehlt es sich, den Apparat 4—5 Stunden täglich einzulegen, dann nur nach 2—3 und nach zwei Monaten bis zu einem Vierteljahr noch kürzere Zeit, einige Male wöchentlich, je nach der Schrumpfungstendenz der vernarbten Operationswunde. *Neuhaus-München.*

Arteriosklerotisches oder luetisches Aortenaneurysma? Ergänzung einer früheren Mitteilung, mit Sektionsbericht, von A. Seidel. (*Der ärztl. Prakt.* 1895. No. 10.) Verfasser hat früher einen Fall berichtet (s. pag. 101), in dem die Diagnose zwischen Mediastinalsarkom und Mediastinal-Lymphdrüsengumma schwankte; an Aortenaneurysma war gedacht worden, dasselbe glaubte man aber ausschliefsen zu können. Der Kranke besserte sich in unerwarteter Weise nach Jodkalium; die Besserung hielt ein Jahr an. Dann trat wieder Verschlimmerung ein, besonders quälende Dysphagie. Mehrere Stunden nach einer Sondierung des Oesophagus starb der Kranke plötzlich unter Erscheinungen einer inneren Verblutung. Die Sektion ergab ein altes Aortenaneurysma und ein frisches Aneurysma dissecans der Aorta thoracica descendens. An dem Präparat war mikroskopisch nicht mehr festzustellen, ob Lues dem Aneurysma zu Grunde gelegen hat. Jedenfalls ist die Besserung durch Jodkalium sehr auffallend. (Der schnelle Exitus letalis ist eine Warnung, bei dem geringsten Verdacht auf Aneurysma der Aorta niemals zu sondieren. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Gröfse der Milz bei der Syphilis acquisita, von P. Colombini. (Siena, Tipografia cooperat. 1895.) Verfasser hat im Verlaufe der erworbenen Syphilis konstant (80 Fälle) eine mäfsige Anschwellung der Milz gefunden. Dieselbe ist zur Zeit des Primäraffekts nur ganz ausnahmsweise, und dann nur in geringem Grade zu konstatieren, und tritt in der grofsen Mehrzahl der Fälle noch vor dem Ausbruche der Allgemeinerscheinungen zugleich mit den Lymphdrüsenschwellungen auf, nimmt nach dem Erscheinen der Haut- und Schleimhautsymptome, und zwar unabhängig von der Stärke derselben, konstant zu, um nach Rückgang aller Sekundärerscheinungen mit den Drüsenschwellungen allmählich zu verschwinden.

Milztumor und allgemeine Lymphdrüsenschwellung sind demnach als Initialsymptome der Sekundärperiode zu betrachten. In Fällen von zweifelhafter Natur eines Ulcus ermöglichen sie noch vor Ausbruch eines Exanthems die Diagnose der Syphilis. Aus der Gröfse des gefundenen Milztumors glaubt C. mit Genauigkeit die Periode der Syphilis feststellen zu können. Die Persistenz des Milztumors beweist auch bei Fehlen sonstiger Symptome das Fortbestehen der Infektion und läfst auf einen neuen Ausbruch der Krankheit nach kürzerer oder längerer Zeit schliefsen. Die spezifische Therapie darf demnach erst nach vollkommenem Verschwinden des Milztumors ganz eingestellt werden. Gegen Ende der Sekundärperiode und bei tertiärer Syphilis wird eine Milzschwellung fast niemals gefunden.

H. Einhorn-München.

Dr. Huber demonstriert im Verein für innere Medizin in Berlin (*Dtsch. med. Wochenschr.* Vereins-Beilage. No. 15. 6. Juni 1895) **Präparate eines Falles von akuter gelber Leberatrophie bei frischer Syphilis.** Die Patientin kam mit starkem

Icterus, Roseola, Papeln an den Genitalien, Erbrechen, Leibschmerzen in Behandlung und starb nach einigen Tagen. Eine Phosphorvergiftung war auszuschließen, so daß in ätiologischer Hinsicht nur die Syphilis übrig bleibt, zugleich eine Mahnung, bei der Prognosenstellung des Icterus bei Syphilis vorsichtig zu sein.

F. Hahn-Bremen.

Die Syphilis der Vagina, des Uterus und seiner Adnexa, von J. Neumann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 15.) Auf Grund reicher Erfahrung bespricht Verfasser

1. die recenten syphilitischen Exantheme der Vagina;
2. die tertiären syphilitischen Affektionen der Vulva und Vagina;
3. die syphilitischen Primäraffekte der Vagina und Portio vaginalis;
4. die gummösen Affektionen des Collum uteri, des Uterus, der Tuben und Ovarien, der Placenta.

Zweifellose luetische Erytheme der Vaginalschleimhaut hat der Autor nicht gesehen; miliare, schrotkorngroße Knötchen kommen vor; durch Reaktion auf die spezifische Therapie oder Übergang in nässende Papeln kennzeichnen sie sich als luetischer Natur. Letztere kommen in Vagina, im Scheidengewölbe an der Portio häufiger vor.

Primäraffekte sah Neumann unter 800 Fällen 51 Mal an der Vaginalportion, besonders bei Individuen, die schon geboren hatten. Sie saßen zweimal lateral, einzeln oder zu mehreren angeordnet, bildeten elevierte, scharf umschriebene oder buchtig fortschreitende, linsen- bis thalergroße, mit festhaftendem gelben Belage versehene Knoten. Einmal bestand ein Abklatschgeschwür am Laquear. Sehr selten ist die Sklerose an der Vaginalschleimhaut. Der Autor sah nur vier Fälle.

Tertiäre Formen sind am häufigsten an der Vulva, oft an früheren Standorten von Früherscheinungen; sie umgreifen den Introitus, dringen in die Vagina. Im oberen Teile derselben und an der Portio sind Gummen selten zu finden. Die Gummen des Rectum und des Septum recto-vaginale können auf die Vagina übergreifen, zu Zerstörungen und Fistelbildungen führen. Neben den umschriebenen Formen kommt eine diffuse gummöse Infiltration der Vagina vor, eindringend in die Umgebung, deren mikroskopischen Befund Verfasser schildert. Wichtig sind die Gummen an Uterus, Tuben und Ovarien, da sie leicht mit anderen Neoplasmen verwechselt werden können. Die Vaginalportion ist nur sehr selten ergriffen; das Gumma sitzt dann in der Nähe des Ostiums, führt zu scharf begrenzten, seichten oder vertieften, gelblich belegten oder schwammig granulierenden Geschwüren. Diese können carcinomatös degenerieren. Meist bestehen gleichzeitig Gummen an anderen Stellen. Die Diagnose ist nicht leicht.

Ein häufig beobachtetes Leiden ist die Endometritis syphilitica, ohne von den anderen Formen klinisch unterschieden zu sein. Die antiluetische Therapie entscheidet die Diagnose. Eine vermehrte Sekretion des Sexualapparates ist bei luetischen Frauen sehr oft zu finden.

Eine klinisch oder anatomisch abgrenzbare Metritis luetica ist nicht festgestellt. Ein Fall von luetischer Affektion des Myometriums ist durch Velpeau beschrieben.

Die luetischen Veränderungen des mütterlichen Placentaranteils laufen auf eine Endometritis der Decidua vera hinaus; ein Fall ist als Endometritis decidualis polypoea beschrieben worden. Gummata hat Verfasser in Placenten nie gesehen, jedoch sind von anderen miliare Gummata in der mütterlichen Placenta gefunden worden; es ist aber zweifelhaft, ob es wirklich solche waren. Häufig sind Erkrankungen der Gefäße der Nabelschnur. Diffuse und umschriebene Verdickungen der Adventitia, Wucherungen der Intima. Thrombosen können die Folge sein.

An den Tuben kann es im Geleite einer luetischen Endometritis auch zu einer luetischen Salpingitis kommen; Gummata in einer Tube haben Bouchard und Lépine gesehen.

Die Ovarien können in Form einer Oophoritis syphilitica, einer fibrösen Degeneration erkranken; auch Gummata sind beobachtet.

Aus seinen Beobachtungen folgert Verfasser, daſs das Absterben luetischer Früchte viele Ursachen haben kann; die luetischen Erkrankungen des Uterus geben genug Veranlassung dazu, wenn sie auch zuweilen nur mikroskopisch nachweisbar sind. Bei dem lebhaften Blutaustausch zwischen syphilitischem Fötus und Mutter kann der Uterus nicht intakt bleiben. Nicht klar sind die Gründe, aus denen von luetischen Eltern stammende Früchte tot geboren werden, oder bald nach der Geburt sterben, wenn weder an ihnen, noch an Placenta und Uterus luetische Veränderungen zu finden sind. Ob da Blutveränderungen oder Toxine schuld sind, muſs noch erst festgestellt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die syphilitische Iritis, von A. Fournier. (*Union méd.* 1895. No. 25.) Diese Affektion bildet ein frühzeitiges Symptom der Lues und tritt zuweilen schon im dritten Monate nach der Infektion auf und läſst sich erkennen an der perikornealen Injektion, der Myosis und der Pupillarparese. Die subjektiven Symptome sind weniger charakteristisch. Ist die Iritis weiter fortgeschritten, so treten zu obigen noch weitere Erscheinungen hinzu, wie Deformitäten der Pupille infolge der Adhärenzen, Pigmentflecke auf der vorderen Fläche der Linse, Farbeveränderungen der Iris, Sichtbarwerden der Exsudate, welche zuweilen die Gestalt von Tumoren annehmen.

Die Prognose ist günstig für die leichteren Fälle, in schwereren bleiben meist Residuen (Synechien, Pupillarverlegungen etc.) zurück.

Die Therapie resumiert sich in der kombinierten Anwendung des Quecksilbers (Inunktionen) und des Atropins (Kolyrien) oder Duboisins. *C. Müller-Bern.*

Zwei Fälle von Syphilis mit frühzeitigen neuropathischen Symptomen, von J. A. Schaw-Mackenzie. (*Lancet.* 20. April 1895.) Aus einem Material von 2750 Fällen sind folgende zwei isolierte Fälle mitgeteilt: 1. Ein 14jähriges Mädchen wurde wegen Dyspnoe aufgenommen und tracheotomiert; sie hatte Krämpfe, zeitweiliges Coma, Erschlaffung der Sphinkteren und starb nach acht Tagen. Zwei Monate zuvor hatte sie ein als syphilitisch diagnosticiertes, markstückgroſses Geschwür auf dem einen Labium gehabt. 2. Ein 32jähriger Mann zeigte 1½ Jahre nach einer unzweifelhaften Infektion ausgesprochene Schwäche der rechten Körperhälfte und Sprachstörungen; fünf Monate später linksseitige Facialislähmung, Ptosis des linken Augenlids, Exitus letalis. Bei beiden ergab die Autopsie ausgesprochene Veränderungen am Gehirn. Von spät auftretenden Nervenerscheinungen führt S. aus derselben Quelle 14 mehr oder weniger entwickelte Fälle an mit einem Intervall von 2 und 3 bis zu 30 Jahren zwischen der ersten Erkrankung und dem Eintritt der nervösen Symptome. Daſs bei den beiden ersten Fällen die frühzeitigen nervösen Erscheinungen als syphilitisch zu deuten seien, will Verfasser nicht so absolut fest behaupten. *Philippi-Remscheid.*

Gehirnsyphilis, von L. Stieglitz. (*New York med. Journ.* 13. Juli 1895.) Nach einem kurzen Hinweis auf die Wichtigkeit und Schwierigkeit der Diagnose dieses Leidens berichtet Verfasser ziemlich ausführlich über sieben interessante Fälle und stellt folgende diagnostische Merkmale auf, welche in verschiedenen Kombinationen auftreten können und namentlich durch diese Variabilität bedeutsam sind: 1. Anhaltende Kopfschmerzen, welche gegen Abend oder in der Nacht Verschlimmerungen

zeigen und öfters mit Schlaflosigkeit und allgemeiner Reizbarkeit vergesellschaftet sind; 2. Pupillendifferenz (abgesehen von kongenitalen Abweichungen) und Reaktionslosigkeit auf den Einfluſs von Licht und Accommodation; 3. Lähmungserscheinungen am Nervus opticus; 4. irreguläre, bilaterale Lähmungen im Gebiete der Gehirnnerven; 5. Hemianopsie, Neuritis optica und namentlich Hemianopsia bitemporalis fugax (Oppenheim); 6. totale epileptiforme Insulte sowohl auf motorischem, als auch auf sensiblem Gebiete ohne vorheriges Trauma; 7. das Auftreten von Epilepsie nach dem 25. Lebensjahre ohne Trauma, Alkoholismus, Saturnismus oder Urämie; 8. transitorische Monoplegien; 9. transitorische Aphasie irgendwelcher Art; 10. Apoplexien vor dem 50. Lebensjahre, falls Bleivergiftung und Herz- oder Nierenkrankheiten auszuschlieſsen sind; 11. Polydipsie und Polyurie; 11. eine Neigung seitens genannter Symptome, spontane Besserungen und Verschlimmerungen darzubieten. Ferner wird die Diagnose unterstützt durch den Nachweis von spezifischer Erkrankung des Rückenmarks und durch die anamnestischen Angaben über eine stattgehabte Infektion. Letztere sind aber natürlich weder in negativer, noch in positiver Richtung ganz zuverlässig. Verfasser hat z. B. bei zwei Fällen von Sarkom gerade wegen der vorherigen Infektion besondere diagnostische Schwierigkeiten gehabt.

Philippi-Remscheid.

Unter den **Affektionen des Nervensystems in der Sekundärperiode der Syphilis** erwähnt Hutchinson zunächst diejenigen, die durch eine Veränderung der Blutgefäſse der Pia, des Gehirns und Rückenmarks verursacht sind. Unter den Läsionen, welche primär die Nervensubstanz angreifen, sind diejenigen des Auges und des Ohres die häufigsten. Es folgen dann die akuten Polyneuritiden (meist symmetrisch und vorübergehend), eine besondere Form von Paraplegie infolge von Myelitis transversa und gewisse Arten von Hemianästhesien. (*Rif. med.* 1895. No. 59.)

C. Müller-Bern.

In der Frage über den **Einfluſs der Syphilis auf die Tabes** entscheidet sich Cardarelli (*Rif. med.* 1895. No. 83) dahin, daſs die Ansicht von einer syphilitischen Tabes zum mindesten übertrieben sei, indem diese nur selten sei. Dementsprechend geht er auch mit der (antisyphilitischen) Therapie der Tabes nur sehr vorsichtig vor.

C. Müller-Bern.

Zur Ätiologie der allgemeinen progressiven Paralyse, von Lagrange. (*Franz. Kongreſs der Irrenärzte und Neurologen.* Bordeaux, 1. bis 7. Aug. 1895.) Unter sechs Paralytikern weiblichen und 26 männlichen Geschlechts, die L. zu beobachten Gelegenheit hatte, befanden sich drei Syphilitiker (zwei Männer und eine Frau) und mehrere Alkoholiker. (*Sem. méd.* 1895. No. 40.) *C. Müller-Bern.*

Über den Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse, von Ernst Sokolowski. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1895. No. 17.) Für die Diagnose der progressiven Paralyse sind nach dem Verfasser drei Momente ausschlaggebend:

1. Das Vorhandensein der motorischen Symptome bereits zu Beginn der Krankheit;
2. die Progression im Verlauf;
3. die entsprechenden pathologisch-anatomischen Befunde.

An der Hand dieser Kriterien prüfte Verfasser 149 Krankengeschichten mit bekannter Anamnese und fand bei 149 = 73 % bestimmt, bei 15 = 10 % wahrscheinlich Syphilis. Von den 25 übrigen Fällen lassen 16 die Progression vermissen, so daſs nur neun sichere Fälle ohne Syphilis vorhanden sind.

Die Abgrenzung des sehr scharfen Krankheitsbildes der progressiven Paralyse gegenüber Alkoholparalyse, die mehr eine regressive Paralyse ist, der Neurasthenie

wird vom Verfasser klar besprochen und auf einige Abweichungen vom üblichen Verlauf hingewiesen.

Über die Beziehung zur Syphilis sagt Verfasser, dafs die Fälle leichter und infolgedessen mangelhaft behandelter Syphilis besonders betroffen werden, und zwar durchschnittlich zehn Jahre nach der Infektion, meist in der zweiten Hälfte der dreifsiger Jahre. Alkoholmifsbrauch, geschlechtliche Ausschweifungen, geistige Überanstrengung (besonders Rechnen), körperliche Strapazen (besonders Nachtwachen) disponieren. Meist sind die gebildeten Stände und Männer betroffen. Die Durchschnittsdauer der progressiven Paralyse beträgt drei Jahre. Quecksilberpräparate im Beginne scheinen Remissionen zu begünstigen und zu verlängern. Das Verhalten des Körpergewichts ist dabei von Wichtigkeit. Betreffs der Aufnahme der Anamnese über vorhanden gewesene Syphilis weist der Verfasser darauf hin, dafs man selten eine bejahende Antwort erhält, bevor sich die Angehörigen selbst von der Unheilbarkeit des Erkrankten überzeugt haben, was ja oft sehr lange dauert. Zuweilen wird sogar die Syphilis erst nach dem Tode von den Angehörigen zugegeben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mediastinal-Sarkom oder Mediastinal-Lymphdrüsen-Gumma? Ein interessanter kasuistischer Beitrag zur Frühdiagnose, von A. Seidel. (*Der ärztl. Prakt.* 1895. No. 6.) Ein 59jähriger Patient ohne nachweisbare luetische Infektion zeigte neben Recurrenslähmung schwere Verdauungsstörungen, Magenerweiterung, ausgesprochene Kachexie. Über dem Manubrium sterni fand sich eine Dämpfung, die sich 5—8 cm nach links zwischen erster und zweiter Rippe erstreckte. Am Halse waren geschwollene Lymphdrüsen fühlbar. Die Dämpfung, Stimmbandlähmung und Kachexie schwanden nach Jodkalium, so dafs Verfasser annimmt, es bestand ein Gumma der Mediastinaldrüsen auf Grund einer von syphilitischen Eltern ererbten Prädisposition.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Batut berichtet über zwei Fälle von **syphilitischer Induration der Corpora cavernosa penis** nach Gumma. (*Mercredi méd.* 1895. No. 8.) *C. Müller-Bern.*

Über einen Fall von einem umschriebenen gummösen, nicht ulcerierten Tumor im Kehlkopf, von E. W. Tschlenow. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 13.) An einem Fall von gummösem Tumor im Larynx erläutert Verfasser die sich bei Abgrenzung der Larynxtuberkulose und Larynxsyphilis oft ergebenden Schwierigkeiten. Es bestand ein haselnufsgrofser Tumor am Aryknorpel, überzogen von glatter, normal gefärbter Schleimhaut. In diesem Falle erleichterte das Vorhandensein einer zerfallenen, luetischen Geschwulst in der Pars ovalis et laryngea des Pharynx die Diagnose. Der Erfolg der antiluetischen Kur war eine prompte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Rutten-Namur berichtet über einen Fall von **voluminösem Gumma des Rachens und des Halses,** das nach und nach zu hochgradigen Respirations- und Schlingbeschwerden geführt hatte. Die Geschwulst wurde als „maligner Tumor" teilweise exstirpiert, recidivierte aber rasch. Erst als die Natur des Leidens erkannt und eine antiluetische Medikation verordnet wurde, trat definitive Heilung ein. (*Presse méd. belge.* 1895. No. 26.) *C. Müller-Bern.*

In der ophthalmologischen Gesellschaft Heidelbergs berichtete Ostwalt-Paris über einen 40jährigen Syphilitiker, der seit 14 Jahren nicht mehr behandelt worden war und bei dem sich plötzlich voluminöse **Gummata des Corpus ciliare** entwickelten, die ganze vordere Augenkammer ausfüllten und zu glaukomatösen Erscheinungen führten. Eine Jodkaliumtherapie führte zu rascher Heilung. (*Sem. méd.* 1895. No. 41.)

C. Müller-Bern.

In einem klinischen Vortrage **über die tertiäre Periode der Syphilis**, welche meist im dritten oder vierten Jahre nach der Infektion, wohl aber auch schon viel früher oder erst später einzutreten pflegt, erwähnt MAURIAC als ätiologische Momente des Tertiarismus in erster Linie die antihygienischen Verhältnisse, materieller oder moralischer Natur, dann die Infektionskrankheiten (Malaria), Dyskrasien, Intoxikationen (Alkohol); die Altersextreme (Jugend- und Greisenalter); mangelhafte Behandlung in der ersten Periode der Krankheit oder vollständiges Fehlen einer solchen. Bei der Ätiologie der hereditären Syphilis spielen eine wichtige Rolle die konstitutionellen (hereditären oder erworbenen) Krankheiten, wie Tuberkulose, Krebs, Skorbut, Diabetes, Albuminurie; epidemische Krankheiten mit langdauernder Rekonvalescenz; schwere Traumen.

In Bezug auf die Therapie schreibt M. dem Quecksilber auch in der tertiären Periode eine wichtige Rolle zu. (*Bullet. méd.* 1895. No. 21.) *C. Müller-Bern.*

Behandlung der tertiären Syphilis der Nase, von LERMOYEZ. (*Presse méd.* April 1895.) Dieselbe soll gleichzeitig eine allgemeine und lokale sein. Sind die Läsionen mehr oberflächlicher Natur, so wird innerlich Sirop de Gibert gereicht; bei tiefer greifenden Zerstörungen muſs die Quecksilber- und Jodtherapie getrennt, Jodkalium zu 2,0—12,0 pro die, Unguentum cinereum zu 4,0 pro die verordnet werden. Lokal: wirkliche Nasenausspülungen mit Sublimat (1 : 10000), Kalium permanganicum (1 : 3000); Insufflationen von Jodol oder Aristol mit Saccharum lactis ää. Für weniger zugängliche Orte muſs die Hartmannsche Kanüle zu Hülfe gezogen werden. Kauterisationen und Auskratzungen nützen nicht viel; besser wirken Einpinselungen mit Jodglycerin (1%). Bewegliche Sequester sollen, eventuell unter Kokainanästhesie, entfernt werden; gröſsere werden vorher zerkleinert. Bei Defekten plastische und antiplastische Operationen. Zur Vermeidung von Entstellungen kommt es darauf an, obige therapeutische Maſsnahmen möglichst frühzeitig und noch vor der Bildung von Sequestern in Anwendung zu bringen. *C. Müller-Bern.*

MOUSSONS hat unter den Kindern seines Hospitals 52 Fälle **hereditärer Syphilis** beobachtet, worunter 1 Pemphigus, der 14 Tage nach der Geburt auftrat, 2 Fälle von Gummata der unteren Extremitäten, 2 von PARROTscher Pseudoparalyse und mehrere Larynxaffektionen (schwere Laryngitis mit drohender Asphyxie). Als sicherste Stigmata der hereditären Lues betrachtet M. jene unzerstörbaren Narben an den Lippen und Oberschenkeln, während ihm die Läsionen der Zähne seltener und von untergeordneter Bedeutung erscheinen. In der Diskussion wird letztere Ansicht von ROUSSEAU-St. Philippe und BROCA unterstützt, von NEGRIÉ angegriffen. Betreffend PARROTsche Pseudoparalyse sind alle Redner der Meinung, daſs die Knochenläsionen, wenn sie auch im Symptomenbilde zurücktreten, stets vorhanden sind, nur mehr oder weniger ausgesprochen. Als eine Hauptbedingung für den günstigen Erfolg der Therapie wird die Ernährung an der Mutterbrust betrachtet. (Bericht der *Sem. méd.* No. 40 über den Kongreſs für Gynäkologie, Geburtshülfe und Pädiatrie, Bordeaux, 8.—14. August 1895.) *C. Müller-Bern.*

Eine histologische Studie über hereditär-syphilitische Exantheme, von KARL KETTNER. (*Bull. internat.* Prag 1895.) Bei drei untersuchten Fällen von hereditär-luetischen Hautanomalien fand Verfasser mikroskopisch folgendes: Es handelt sich um Wucherung des Bindegewebes in der Cutis und um kleinzellige Infiltration. Die Veränderungen in der Hornschicht und im Rete sind sekundär und beschränken sich bei milden Graden des spezifischen Prozesses auf eine Anschwellung und Vakuolisation der Epithelien; bei heftigeren Graden handelt es sich um kleinzellige Infiltration

in vorbereitete intercelluläre Räume und Abstofsung der Hornschicht. Verfasser vergleicht diese Befunde mit den Toutonschen Befunden bei Pemphigus, er glaubt aber nicht, wie dieser Autor, dafs Blasenbildung durch Verschmelzung der Vakuolen entsteht, sondern gleich Unna, dafs die Blasen aus erweiterten, intercellulären Räumen hervorgehen, ihre Decken aber von der resistenten Hornschicht gebildet werden. Die gefundenen Epithelveränderungen unterscheiden die hereditär-luetischen Hautveränderungen von denjenigen der Erwachsenen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fall von Syphilis hereditaria mit beträchtlicher Milzschwellung, vorgestellt in der Glasgow med.-chir. Society von J. H. Carslaw. (*Glasgow med. Journ.* April 1895.) Ein 18jähriger, körperlich und geistig zurückgebliebener Bursche klagt über Fremdkörpergefühl im Leib, der in letzter Zeit an Umfang zugenommen habe. Bei der Untersuchung wird eine mäfsige Schwellung des rechten Leberlappens und eine bedeutende Milzvergröfserung konstatiert. Längendurchmesser 22 cm, vorderer Rand leicht palpabel, bis zur Mittellinie reichend. Leber- und Milzoberfläche höckerig. In der ersten Kindheit sollen Nasenkatarrh und Geschwüre um den Mund bestanden haben. Im Alter von acht Jahren traten angeblich im Anschlufs an einen Schlag auf den Kopf Taubheit und artikulatorische Sprachstörungen auf. Otitis media, syphilitischen Ursprungs. Kein Ascites, kein Icterus, keine Lymphdrüsenschwellung, Blutbefund normal. Pupillen ungleich weit. Da zu gleicher Zeit Albuminurie besteht, wird eine amyloide Degeneration der Unterleibsorgane, die in der letzten Zeit zu der syphilitischen Affektion der Milz hinzugetreten sei, für wahrscheinlich gehalten; keine Diarrhoen.

In der Diskussion bemerkt Hawthorne, dafs bei einer bestehenden Milzschwellung stets auf Syphilis als mögliche Ursache zu fahnden sei, und andererseits werde durch Konstatierung der Milzschwellung die Diagnose der hereditären Syphilis gesichert; er erwähnt einen ähnlichen Fall, der aufser der Milzschwellung noch Hutchinsonzähne und Cornealtrübungen gezeigt hatte. *H. Einhorn-München.*

Über einen Fall von kongenitaler Syphilis, ausgezeichnet durch ungewöhnliche Ausbreitung und Schwere der syphilitischen Erscheinungen, von Georg Mathewson. (*Prag. med. Wochenschr.* 1895. No. 11.) Ein im siebenten Lunarmonat geborener Fötus zeigte folgende Erscheinungen kongenitaler Lues: Pemphigus, Encephalitis, Gummata meningum, Glandulae thymicae, pulmonum, myokardii, hepatis, renum et femoris dextri, Tumor lienis, Osteochondritis, Ekchymoses multiplices, Hydrothorax und Ascites. Die Placenta zeigte zahlreiche, weifsliche und gelbe Herde, die sich als entzündlichen Ursprungs erwiesen. Die Chorionzotten waren entzündlich infiltriert, ihre Gefäfse liefsen eine Arteriitis erkennen. Die aufserordentliche Verbreitung der luetischen Veränderungen, die Gummata in der Thymusdrüse sind jedenfalls sehr seltene Erscheinungen. Die vorgefundene Verkalkung der Gummata weist auf einen sehr frühen Beginn der Syphilis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fournier weist (*Presse méd.* Mai 1895) nochmals auf die diagnostische Wichtigkeit des **Hutchinsonschen Symptomenkomplexes** bei der Syphilis hin (Veränderungen an den Augen, im Ohr und an den Zähnen). Dasselbe habe zwar nichts Pathognomisches an sich, bilde aber für den Kliniker ein wertvolles Argument für die Annahme einer hereditären Lues. *C. Müller-Bern.*

Courtois und Suffit berichten über zwei 4- resp. 5jährige Kinder, welche darthun, dafs die **hereditäre Syphilis bei der paroxysmalen Hämoglobinurie** eine ätiologische Rolle spielt. (*La méd. mod.* 1895. No. 18.) *C. Müller-Bern.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Dr. Unnas dermatologische Preisaufgabe

lautet für das Jahr 1896:

„Das Verhalten der Epithelfaserung während der Entwickelung der weichen Muttermäler und der alveolären Carcinome."

Bedingungen.

1. Die Bewerbung ist eine vollkommen unbeschränkte; jedoch ist das Thema speziell nach Inhalt und Umfang für medizinische Doktoranden berechnet.

2. Die Aufgabe wird jährlich um Ostern ausgeschrieben.

3. Die Arbeit mufs bis zum 1. Dezember desselben Jahres eingeliefert werden.

4. **Der Preis beträgt für dieses Jahr M. 900 (neunhundert Mark).**

5. Die Erteilung des Preises findet im Laufe des Monats Januar des auf die Ausschreibung folgenden Jahres statt.

6. Die Arbeit ist, mit einem Motto versehen, an die Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, kostenfrei einzusenden nebst einem versiegelten Briefe, welcher Namen und Adresse des Verfassers enthält und aufsen dasselbe Motto trägt.

7. Die Arbeit mufs in deutscher Sprache und durchaus leserlich auf einseitig beschriebenen Bogen geschrieben sein. Die notwendigen Zeichnungen sind auf besonderen Blättern beizulegen.

8. Belegpräparate sind in möglichst reicher Auswahl, gut verpackt, der Arbeit beizufügen; die der preisgekrönten Arbeit angehörigen verbleiben im Besitze des Preisgebers.

---

9. Erläuterungen zur diesjährigen Aufgabe: Das Hauptgewicht wird auf eine gute Färbung des Epithelprotoplasmas und der Epithelfaserung gelegt, sodafs die eigentümlichen Veränderungen (Metaplasie) der Epithelien, welche mit ihrer Abschnürung vom Mutterboden und ihrem Fortwuchern in der Cutis einhergehen (Verlust der Faserung, Veränderung der Tingibilität), klar hervortreten.

Über die Methoden der Färbung des Epithelprotoplasmas s. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. XIX. pag. 277, der Färbung der Epithelfasern s. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. XIX. pag. 1.

Übrigens ist der Benutzung und Erfindung anderer guter und besserer Färbemethoden der weiteste Spielraum gegönnt.

Über die Metaplasie der Epithelien bei der Entstehung der weichen Naevi und der alveolären Carcinome vergl. in *Unnas Handbuch der Histopathologie der Haut* (Hirschwald, 1894) die Kapitel über Naevi und Carcinom. Die dort nur in grofsen Umrissen gezeichneten Vorgänge sollen möglichst im Detail studiert und durch gute Präparate erläutert werden. Eine Heranziehung der Frage nach dem Einflufs des Pigmentes auf die in Rede stehende Metaplasie ist nicht ausgeschlossen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXII. No. 3. 1. Februar 1896.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Königsberg i. Pr.

Epithelialer Naevus.

Von

Dr. Ernst Delbanco.

(Mit Tafel II.)

In der ersten Jahresnummer der *Berl. klin. Wochenschr.* 1893 hatte Unna[1] zuerst die Ansicht vertreten, dafs die bekannten, als weiche Naevi bezeichneten Mifsbildungen der Haut epithelialer Abkunft wären, nicht, wie v. Recklinghausen[2] als erster gelehrt hatte, vom Endothel der Lymphbahnen ihren Ausgang nähmen.

Des ausführlicheren hat Unna in seiner 1894 erschienenen *Histopathologie der Haut* seine Ansicht zu begründen versucht. Der Hauptbeweis liegt nach dem Autor in der Entwickelungsgeschichte der weichen Naevi. „Alle[3] pigmentierten und nicht-pigmentierten, flachen, beetförmig erhabenen Naevi, welche man von Neugeborenen und Kindern entnimmt, offenbaren nämlich einen direkten Zusammenhang des Deckepithels und an follikelreichen Hautstellen auch der Stachelschicht des Haarbalges, ja sogar der Knäueldrüsengänge mit den Zellsträngen des Naevus. Stets geht mit diesem kontinuierlichen Übergange einer Bildung in die andere eine Metaplasie der Stachelzellen zu weichen, plastischen, amöbenartigen Klümpchen ohne Stachelpanzer und ohne Epithelfaserung einher, die aber als Wahrzeichen ihrer epithelialen Natur und Abstammung stets ihre ovalen, bläschenförmigen, hellen Kerne und die weitere Eigenschaft behalten, mit ihren Nachbarepithelien ohne Dazwischenkunft von Intercellularsubstanz im unmittelbaren Zusammenhange zu bleiben. Und stets zeigen diese metaplastischen Zellkomplexe die Neigung, sich von dem fasertragenden Epithel als rundliche Ballen und Stränge abzuschnüren, worauf sie sofort vom Bindegewebe der Cutis umwachsen und vollständig isoliert werden."

Für seine neue Anschauung hat Unna bislang keine Anhänger gefunden. Noch auf dem letzten Naturforscher- und Medizinerkongrefs zu

Lübeck[4] stand UNNA in der Diskussion, welche sich im Anschluſs an die Demonstration von Naevuspräparaten entwickelte, allein. RIBBERT erkannte die Beweiskraft der Präparate nicht an, OSCAR ISRAEL verlangte bei der unregelmäſsigen Oberflächengestaltung der Haut eine Entscheidung der Frage über die histologische Zugehörigkeit der Naevuszellen von der Untersuchung lückenloser Bilder, bezw. Konstruktion plastischer Bilder mittelst Glasplatten, auf welche die einzelnen Systeme farbig gezeichnet werden.

In jüngster Zeit hat LUBARSCH[5] sich in wenigen Zeilen zu der Frage geäuſsert. „Ich habe genügend Fälle von Naevi Neugeborener und ganz jugendlicher Individuen untersucht und kann nur in Übereinstimmung mit den Angaben aller älterer Autoren angeben, daſs die Zellen der Naevi in keinem Punkte mit den Epithelzellen der Epidermis übereinstimmen. GREEN[6] hat ferner mit Recht darauf hingewiesen, daſs zwischen der Pigmentierung des Rete und der Naevizellen gar keine Beziehungen bestehen, so daſs bei reichlichem Pigmentgehalt der Retezellen die Naevizellen ganz unpigmentiert sein können, und umgekehrt. Man dürfte demnach berechtigt sein, UNNAS Auffassung als in der Luft schwebend zu bezeichnen."

Vor ganz kurzem hat ein Schüler RIBBERTS, BAUER,[7] an der Hand der Untersuchung eines gröſseren Materiales den alten Standpunkt in der Naevusfrage von neuem zu begründen unternommen. UNNAS Auffassung war der Ausgangspunkt seiner eingehenden Arbeit gewesen.

Bei dieser Sachlage dürfte es angebracht erscheinen, über einen Fall zu berichten, der mich an der Berechtigung zweifeln gelehrt hat, die Ansicht von v. RECKLINGHAUSEN und seiner Nachfolger gegenüber UNNA zu verallgemeinern.

Der $3^1/_2$jährige Gerhardt C. war im November 1893 in die hiesige Klinik des Herrn Dr. HÖFTMANN zwecks Behandlung einer spinalen Kinderlähmung aufgenommen worden. Ganz zufällig wurden an dem Kinde während des Aufenthaltes in der Klinik zwei leicht erhabene Naevi von etwa erbsengroſsem Umfange entdeckt, der eine war pigmentiert und saſs im Gesicht, der andere, nicht-pigmentiert, auf der linken Brusthälfte. Beide Naevi wurden exstirpiert und in das pathologische Institut gesandt.

Herr Prof. NAUWERCK führte die Untersuchung aus. Seine fertigen Präparate, welche er unter der Bezeichnung „epithelialer Naevus" seiner Sammlung eingefügt hatte, sowie die weitere Verarbeitung des Materials hat er mir gütigst überlassen.

Die Stücke sind in Alkohol gehärtet. Einige Schnitte sind ohne weitere Vorbereitung der Stücke mit dem Mikrotom angelegt und mit Pikrokarmin gefärbt. Der gröſsere Teil der Stücke ist in Celloidin ein-

gebettet. Die von letzteren angefertigten Schnitte sind mit Hämalaun unter leichter Eosingrundierung gefärbt, neu angelegte Schnitte werden mit Hämalaun teilweise wieder unter leichter Eosingrundierung gefärbt, zum Teil in Glycerin, zum Teil in Balsam gebettet, einige Schnitte auf elastische Fasern gefärbt nach MANCHOT und nach TAENZER-UNNA (saures Orcein-Methylenblau).

Die Präparate des nicht-pigmentierten Naevus zeigen bei schwacher Vergrößerung einen kleinen Rest unveränderter Haut, welcher keine pathologische Abweichungen bietet. Mit fast scharfer Grenze setzt er sich gegen eine hochgradig veränderte Partie ab. Diese letztere ragt über das Niveau der unveränderten Hautpartie etwas hervor.

Die Veränderung beruht, was sofort klar wird: 1. auf dem Aussehen der epithelialen Gebilde; 2. auf einer Verlängerung der bindegewebigen Papillen und einer mächtigen Zelleinlagerung innerhalb der Papillen. Die Zelleinlagerung erstreckt sich nach abwärts auf die obere Lage des Corium.

Auffallend in dem Naevusbild (vergl. Fig. 1) ist nun in erster Reihe die Gestaltung der von dem verbreiterten Deckepithel dicht gedrängt nebeneinander in die Tiefe strebenden Epithelzapfen. Die Zapfen besitzen seitliche Auswüchse, einen Sprossenbesatz von wechselndster Form. Die Sprossen drängen an vielen Stellen nach oben, und wo sie in das Deckepithel hineinragen, buchten sie es aus. An kurzem sich verjüngenden Stiel sitzen dabei rundliche, kolbig anschwellende Zellkomplexe, und diese lagern sich eben in das Deckepithel hinein, lagern geradezu in ihm, wenn in dem Schnitte die Verbindung mit dem Zapfen nicht getroffen ist.

Einen gleichen Sprossenbesatz zum Teil mit lang ausgezogenem Stiel, an dessen Ende die birnenförmige Zellenmasse sichtbar wird, zeigen die an Zahl vermehrten Haarbälge. Oft paßt der Vergleich mit dem sich streckenden und in der Ablösung begriffenen Tropfen einer zähen Flüssigkeit da, wo von dem Zapfen seitlich in schräger Richtung nach unten eine Sprosse sich heraushebt.

Die Epithelzapfen sind von ungleicher Länge, ungleicher Breite, und ungleich breit ist auch der einzelne Zapfen in seinen einzelnen Partien, ganz regellos nach unten spitz auslaufend oder kugelig anschwellend, oder verschiedene Ausläufer, den einen spitz, den anderen rund, besitzend. Vorherrschend ist jedoch der Eindruck, daß der einzelne Zapfen sich gleichsam aufsplittert, in ihn ragen hinein bindegewebige Fortsätze, mehrere solcher oft nebeneinander, der einzelne Fortsatz wieder verschieden lang. Und wie von unten, so auch von den Seiten, so daß der Zapfen wie ausgefranzt erscheint. Die ganz schmalen Zellreihen, in welche der Zapfen auseinandergeht, haben bei der schwachen Vergrößerung keine

Grenze, sie verlieren sich in gröfstenteils festgefügte Zellhaufen-Züge und -Gruppen, welche in dem Bindegewebe lagern. Einzelne Epithelzapfen lösen sich in Zellreihen auf, welche in verschiedenen Richtungen auseinanderstreben, andere Zapfen endigen wieder in scharf umschriebener Form.

An manchen Stellen, wo im Bindegewebe lagernde Zellhaufen an die Zapfen andrängen, an anderen Stellen wieder, wo die Aufsplitterung anfängt, scheint es, als ob das epitheliale Gefüge der Zapfen gelockert ist, die Zellen zeigen da auch teilweise eine Gestaltsveränderung, stärkere Kernfärbung, doch ist da ohne die stärkere Vergröfserung ein genaues Urteil unmöglich.

In dem Bindegewebe zeigen sich nun ganze Züge von Zellen, welche genau den Zellen der kolbigen Sprossenenden, die ja zum Teil isoliert sich zeigen, entsprechen. Schon der leicht gelbliche Protoplasmaton bei der Pikrokarminfärbung neben ihrer Gröfse und Gestalt entscheidet sicher über den epithelialen Charakter. Und gleiche Zellen zeigen sich versprengt über den ganzen Naevusherd, vornehmlich in dem Bereich der Aufsplitterung der Zapfen. Die Hauptmasse der in dem Papillarkörper und dem oberen Coriumteil liegenden Zellansammlungen machen aber kleinere, in ihrem Kern meistens stark die Farbe annehmende Zellen aus, welche in Häufchen, vereinzelt, in Gruppen und schliefslich in Zügen sich zeigen. Letztere teilen sich dichotomisch, gehen mit anderen Zügen gleicher Zellen Anastomosen ein, zeigen in dem Corium einen fast horizontalen Verlauf. Nach oben grenzen die Haufen fast dicht an das Epithel, an den abfallenden Seiten der veränderten Hautpartie zeigen die Zellzüge einen mehr schrägen Verlauf.

Die Musculi arrectores pilorum sind an vielen Stellen von den Haufen der zuletzt beschriebenen Zellen umlagert, die Schweifsdrüsengänge nur vereinzelt. Die Bindegewebszellen sind zwischen den Zellhaufen gut als solche sichtbar, in dem unteren Teile des Corium macht sich eine nicht unerhebliche Vermehrung derselben bemerkbar.

Eine nähere Aufklärung giebt für das Bild die stärkere Vergröfserung.

Es zeigt sich, dafs zunächst die Grenze zwischen veränderter und unveränderter Haut fast haarscharf ist. Mit dem veränderten Aussehen der Epithelzapfen tritt parallelgehend auf die zellige Einlagerung in den Papillarkörper.

Das Rete Malpighi ist verbreitert im Bereich der veränderten Partie. Die Zahl der Epithelien und der Umfang der einzelnen Zellen haben zugenommen. An einigen der Stachelzellen macht sich eine schwächere Färbbarkeit des Protoplasma bemerkbar. Die Stachelzellen erhalten zum Teil ein verändertes Aussehen in den tieferen Schichten der Zapfen und im Bereich des Abganges der seitlichen Sprossen. Bei den letzteren

strecken sich die Zellen, Leib und Kern. In einer Form, welche noch nicht (Fig. 2) als vollendete konzentrische Schichtung bezeichnet werden kann, aber stark an solche erinnert, lagern sich in den Enden der Sprossen die Zellen, und solche frei lagernde, fast Schichtungskugeln zu nennende Zellhaufen finden sich in dem Deckepithel und an dasselbe angrenzend (Fig. 3). Das gestreckte Aussehen der Zellen kommt deutlich zum Ausdruck in dem Hals der Sprossen und vornehmlich bei den seitlichen Auswüchsen der Haarbälge, wie Figur 2 einen solchen veranschaulicht. Die seitlich auswachsenden Stachelzellen bilden zuerst eine schmälere Brücke, an welche sich das kolbig anschwellende, birnenförmige Ende ansetzt. Der ganze Auswuchs ist übrigens von schlanken, schmiegsamen, in ihrem Kern sich stark färbenden einreihigen Zellen umgeben, welche unverkennbare Endothelien sind. Solche Auswüchse zeigen die Haarbälge selten im oberen, meistens im mittleren, nie im unteren Drittel.

Die in das Deckepithel hinein sich lagernden Schichtungskugeln liegen an einzelnen Stellen nur von einer oder von zwei Zellreihen noch von der Hornschicht getrennt.

Kleine, breite Züge von Epithelien (Figg. 1, 2 u. 3) trifft man frei im Papillarkörper an und im oberen Teil des Coriums. Die Genese kleinster Epithelinseln, ja einzelner frei liegender Epithelien wird verständlich bei der Betrachtung des weiteren Verhaltens der Zapfen.

An vielen Stellen in den Zapfen liegen die Epithelien dichter zusammengedrängt. Das ist einmal da der Fall, wo von den Seiten meistenteils umschriebene Haufen kleinerer, noch später genau zu charakterisierender Zellen gegen die Zapfen andrängen. In dem Bereich des Druckes verändern die Epithelien ihr Aussehen, der Kern ist zwar noch bläschenförmig, die ganze Zelle ist aber kleiner, der Kern ist stärker tingiert, der Zusammenhang der einzelnen Zellen ist gelockert. Das Aussehen ist das gleiche, beinahe wie das der andrängenden Zellen, eine scharfe Grenze ist aber gegeben in erster Reihe durch eine gewundene Linie von schlanken Endothelien, welche die Konturen des andrängenden Zellhaufens wiederholt, zweitens dadurch, dafs die allerdings gegeneinander in ihrer Lage gelockerten Epithelien doch noch als ein Ganzes sich dem Zapfen einfügen. Dann zeigen die Epithelien das veränderte Aussehen, wo die Aufsplitterung der Zapfen schon ihren Anfang genommen oder im vollen Gang ist. Da ist deutlich mit der Formänderung der Zelle ein Verlust des Stachelpanzers verknüpft. (Fig. 3.)

Wenn das schon beschriebene Bild der Auffaserung der Zapfen noch vervollständigt werden soll: das Bindegewebe schiebt parallele oder nach oben konvergierende Streifen von unten in die Zapfen. Bisweilen umklammern hakenförmig gebogene Epithelreihen, an die Wurzel eines Molarzahnes erinnernd, die bindegewebigen Partieen, nur ein schmaler

Zugang findet sich noch von dem Innern der neuen bindegewebigen Papille zu dem Corium. Viele Präparate liefern zahlreiche Querschnitte dieser sekundären Papillen. An anderen Stellen löst sich der Zapfen in auseinanderstrebende Epithelreihen auf. Dann wird wieder stufenförmig der Zapfen ausgefranzt, von dem Bindegewebe geradezu angenagt. Eine unerschöpfliche Abwechselung in dem Aussehen der Zapfen. Figur 3 zeigt, wie ein Haufen von Epithelien geradezu herausgehoben wird. Er sieht so aus, wie ein sich streckender Tropfen einer zähen Flüssigkeit. Neben diesem Epithelhaufen zeigt ein Zapfen eine schon weitgehende Aufsplitterung.

Die Zellreihen, in welche der Zapfen aufgelöst wird, sind oft so schmal, dafs nur zwei Zellen noch nebeneinanderliegen. Die Absplitterung geht nun weiter bei diesen schmalen Zellreihen. Noch die Reihenform bewahren einzelne Züge, doch wird zwischen den einzelnen aufeinanderfolgenden Zellen ein Zwischenraum bemerkbar. Bindegewebe schiebt sich zwischen die Reihen hindurch, umwächst die abgesplitterten Epithelien. Die einzelnen kleinen Epithelinseln werden so in ihrer Entstehung verständlich, doch kommen solche, wie ebenfalls Figur 3 lehrt, auch durch eine direkte Herausnahme aus den soliden Zapfen seitens des Bindegewebes zu stande.

Die einzelnen abgesplitterten Epithelien werden von kleineren Zellen umschlossen.

Wo die Epithelien ihren Charakter deutlich wahren, ist es leicht, das Ende eines aufgefaserten Epithelzapfens zu verfolgen, schwieriger ist es, wenn die Epithelien, ihres Stachelpanzers verlustig gegangen, sich dem Aussehen der sie umschliefsenden Zellen nähern.

Kleiner als die Epithelien, im ganzen mehr rundlich, sind die Zellen, welche die Hauptmasse der zelligen Einlagerung in den Papillarkörper und den oberen Teil des Corium ausmachen. Ein bläschenförmiger, ovaler, sich gewöhnlich stark mit Farbstoffen imprägnierender, selten blasser Kern zeichnet sie aus (Fig. 4). Bei vielen ist der Umrifs des Protoplasma deutlich kantig, dreieckig, viereckig. Es sind das eben die so oft beschriebenen Naevuszellen.

In Zügen, Haufen und Gruppen liegen sie da. Im Papillarkörper vielfach in alveolärer Ordnung, im oberen Coriumteil in Zügen, die sich mit anderen verflechten. Von grofsem Interesse ist aber, dafs eine ganze Reihe dieser Naevuszellenhaufen und -züge von deutlichen Lymphgefäfsendothelien umschlossen sind. Endothelien ziehen sogar dicht unter dem Deckepithel, unterhalb eines sehr zarten Randbindegewebsaumes umschliefsen sie die Zellenhaufen.

Über ihre weitere Verbreiterung innerhalb des Bindegewebes hat die schwache Vergröfserung die bessere Übersicht gegeben (Fig. 1).

Die Bindegewebskerne sind überall deutlich zwischen den zelligen Haufen zu verfolgen, im Corium ist ihre Zahl vermehrt.

Das kollagene Gewebe ist an einzelnen Stellen leicht gequollen. Das elastische Gewebe zeigt im Papillarkörper nur ganz zarte, atrophische Fasern. An den Grenzen des Epithels, um die Zellherde im Papillarkörper, um die Schweifsdrüsen und auch perivaskulär lagern zahlreiche Mastzellen. Arterien, Venen und Schweifsdrüsen bieten nichts Abweichendes.

Wenn wir hier das Wesentliche des Bildes noch einmal zusammenfassen:

Der Zellreichtum der bindegewebigen Partien beruht neben den gewucherten Bindegewebszellen auf äufserlich von einander getrennten Zellen. Da haben wir einmal charakteristische Epithelien in Zügen, Komplexen, kleinen Inseln. Ihre Herkunft von dem Deckepithel, bezw. den Epithelzapfen, den Haarbälgen ist nach dem an vielen Stellen offenbarten Zusammenhang klargestellt (Figg. 2 u. 3). Wir haben zweitens Züge und Gruppen kleinerer Zellen, der sog. Naevuszellen. Sie ähneln den ihres Stachelpanzers verlustig gegangenen, in ihrer Form veränderten Epithelien, wie wir sie innerhalb der Zapfen (Figg. 2 u. 3) gesehen haben.

Das Epithel zeigt eine aktive Wucherung. Bilder wie Figur 2 geben den deutlichen Beweis. Die Epithelvermehrung und Formveränderung innerhalb der Zapfen könnten auch erklärt werden durch eine lokale Hypertrophie der Zapfen infolge einer voraufgegangenen Verlängerung der bindegewebigen Papillen.

Denn weiterhin müssen wir eine aktive Wucherung des Bindegewebes annehmen. Abgesehen von der Kernvermehrung des Bindegewebes und von der vermehrten Zahl oft ganz schmaler Papillen vermag die beschriebene vielgestaltige Aufsplitterung der Zapfen leicht und zwanglos durch eine solche Wucherung erklärt werden, ebenso die „Einsargung" einzelner Epithelien im Bindegewebe. Schwierig ist die Entstehung solcher Bilder durch die Vorstellung einer ausschliefslichen Wucherung des Epithels. Die Auswüchse der Zapfen und Haarbälge haben sich, wie Figur 2 wieder zeigt, in Lymphspalten eingeschoben. Von einschneidender Bedeutung ist die offenbare Beziehung der Naevuszellenhaufen und -züge zu den Lymphgefäfsen.

Bevor diese uns des eingehenderen beschäftigt, empfiehlt es sich, sie noch genauer zu studieren an der Hand der Präparate des pigmentierten Naevus. Wir können uns mit der Wiedergabe des histologischen Bildes kürzer fassen. Es ist das so oft beschriebene typische Bild des pigmentierten Naevus, doch im Anschlufs an die speziellen Verhältnisse des nicht-pigmentierten Naevus interessiert uns vornehmlich dreierlei:

erstens das Verhalten der epithelialen Gebilde,

zweitens die Lagerung, bezw., wie erwähnt, die Beziehung der Naevizellen zu den Lymphgefäfsen,

drittens natürlich die Pigmentierung.

Die schwache Vergrößerung zeigt wieder eine scharfe Grenze zwischen veränderter und unveränderter Haut und eine Hervorragung ersterer über letztere. Über den oberen Teil des Coriums erstreckt sich die Zelleinlagerung nicht hinaus. Letztere zeigt zum Unterschied von dem nicht-pigmentierten Fall nur eine Sorte von Zellen, und zwar die Naevuszellen. In dem Deckepithel und in den Zapfen liegen ausgebildete Hornperlen; Auswüchse und Sprossenbildung in der beschriebenen Form finden sich nicht.

Das Deckepithel ist verbreitert, die Zapfenbildung steht wieder dicht gedrängt nebeneinander, die Schnitte zeigen vielfach ein Netzwerk von Epithel, in dessen Maschen die Naevuszellenhaufen liegen. Die Vielgestaltigkeit der dicht nebeneinanderstehenden Zapfen giebt das Netzwerk schon in nur wenig schräg geführten Schnitten (Fig. 4).

Die Zapfen zeigen nun in weit höherem Grade, als in dem anderen Falle, die Formveränderung des Epithels. Neben der Pigmenteinlagerung ist diese innerhalb der Zapfen sofort auffallend. Die Abgrenzung der Zapfen nach unten, da die Aufsplitterung wieder recht lebhaft ist, wird dadurch fast unmöglich.

Die pigmentführenden Zellhaufen liegen im Papillarkörper fast dicht unter der Hornschicht an manchen Stellen, seitlich buchten sie die Zapfen ein, auch von unten geschieht dieses. Im oberen Coriumteil haben wir wieder die Zellzüge, welche miteinander anastomosieren. Die die Zapfen einstülpenden Zellhaufen haben zum Teil eine kugelrunde Gestalt.

Das Pigment wird in seiner Verteilung besser bei der stärkeren Vergrößerung erkannt.

Im Deckepithel tritt es auf in den Übergängen von einer diffusen hellbräunlichen Färbung des Protoplasmas bis zum bräunlichen körnigen Niederschlag um den Kern herum in Kappenform. Die Untersuchung mittelst Immersion läßt keine Stäbchenform des Pigmentes erkennen. Die Zellen des Stratum germinativum zeigen vielfach nur den bräunlichen Ton. Stärkeres körniges Pigment führen die Zapfen und Haarbälge. Die Umwandlung der gestachelten Zellen in stachellose ist da am sichtbarsten, wo viel Pigment lagert. In dem Deckepithel zwischen den einzelnen Zellen lagern vereinzelt auch Pigmenthäufchen, welche die Form spindeliger Zellen besitzen.

In den dicht an die Epidermis angrenzenden Zellnestern liegen ganze schwarzbraune Klumpen, aber auch in diesen Naevusnestern ist das Pigment in sehr wechselnder Menge vorhanden. Die Pigmentation der Oberhaut ist ganz unabhängig von der des Bindegewebes und der in ihm lagernden Zellen.

Aber nicht nur in dem Zentrum des Naevusherdes oder nur an der Peripherie: über den ganzen Herd gleichmäßig ausgesprochen zeigen sich

um Zellherde Endothelien. Die Einstülpungsgrenze zwischen Epithelzapfen und Zellhaufen wird durch eine Kette von Endothelien gegeben. Endothelien umsäumen die in den Epithelzapfen lagernden Herde, und wo letztere das Deckepithel zum Schwund gebracht haben und die Hornschicht erreichen, werden sie abgegrenzt von Endothelien.

Es sieht so aus, als wenn geblähte, ausgeweitete, Kugelform annehmende Abschnitte von Lymphgefäßen andrängen gegen das Epithel. Diese endothelumsäumten Kugeldurchschnitte zeigen nun oft zellfreie Stellen, wo zwischen Zellen und Endothel ein leerer Raum bleibt (Fig. 4). Viele Herde und kleinste Ansammlungen von Zellen lassen von einem Endothelkranz nichts merken.

Die Absplitterung der einzelnen, dieses Mal aber durchweg in der angegebenen Weise veränderten Epithelien verlangt hier keine nähere Schilderung.

Gefäße, Schweißdrüsen, die Atrophie des elastischen Gewebes, die Verteilung der Mastzellen, die wieder da erscheinen, wo eine lebhaftere Kongestion des Gewebes sicherlich Platz greift, bieten ebenfalls nichts Neues.

Vereinzelt zeigen sich innerhalb der Naevusherde deutliche Hornperlen. Einzelne zeigen schöne Keratohyalinkörnchen. Figur 4 zeigt, wie in einem Querschnitt einer bindegewebigen Papille ein Herd liegt. Die einzelnen Zellen haben große, zum Teil bläschenförmige, zum Teil blasse, zum Teil stärker gefärbte Kerne. Die Epidermis ist etwas verdünnt. Den Herd umgiebt eine scharf umschriebene glänzende Membran an der Innenfläche, belegt mit den charakteristischen Endothelien. Die umschriebene Lymphgefäßwand ist rechts in dem Präparat scharf sichtbar.

An die histologische Erläuterung des pigmentierten Naevus schließen wir noch einmal das Wesentliche des Bildes an: wir haben da eine Bindegewebswucherung. Die Papillen sind verlängert, sind vermehrt. Die Epithelzapfen zeigen wieder die starke Aufsplitterung. Die Bindegewebszellen sind zahlreicher, als gewöhnlich. Wir haben weiter eine hochgradige Metaplasie der Epithelien im Rahmen ihrer gewohnten Anordnung unter gleichzeitiger Pigmentansammlung im Epithel. Hochgradiger ist die Pigmentierung des Bindegewebes und der Naevuszellherde. Letztere liegen zum Teil in Lymphgefäßen.

An die Beziehung der Lymphgefäße zu den epitheloid geformten Naevuszellen knüpfen wir jetzt an als an ein wichtiges Moment zur Bestimmung der Herkunft der Zellen.

v. Recklinghausen[8] schreibt über die Zellstränge des Naevus:

„Wo liegen nun diese Zellstränge? Ich muß sie in die Lymphbahnen der Cutis und des subkutanen Gewebes verlegen. Darüber, daß das Balkenwerk zwischen ihnen aus lockerem grobmaschigen Bindegewebe

aufgebaut, das richtige Cutisbindegewebe im ausgedehnten, dadurch vielleicht atrophischen Zustand ist, kann kein Zweifel obwalten. Denn in ihm sind deutlich 1. die Nerven, 2. die Schweifskanäle, 3. die Arterien, 4. die Venen, aber auch 5. die Blutkapillaren zu verfolgen, ohne jede Beteiligung an den tumorbildenden Zellsträngen. In den Zellsträngen begegnet man nur selten feinen Kapillaren, kaum einem gröfseren Gefäfs; an Osmiumpräparaten ist es mir nicht gelungen, auch nur ein einziges Mal eine Nervenfaser inmitten des Zellstranges zu verfolgen oder eine Zelleinlagerung inmitten ihrer lamellären Scheide zu erkennen. Somit scheint mir, wenn diese Zellstränge auf präformierte Bahnen bezogen werden sollen, nichts anderes übrig zu bleiben, als der Lymphapparat der Haut. Mit dieser Auffassung stimmen auch die übrigen Verhältnisse gut überein. Wo die Klumpen und Stränge gut ausgeprägt sind, haben sie aufsen stets eine ganz scharfe Begrenzung, aber nicht etwa bedingt durch eine besondere Wandung, sondern das umliegende Bindegewebe bildet die Begrenzung, ihm sind die Zellenmassen unmittelbar aufliegend. Demnach fallen letztere auch in dünnen Schnitten gewöhnlich nicht auseinander, sondern bewahren ihre scharfe Kontur; nur im Innern wird die Zellenmasse leicht lückenhaft, offenbar, indem Zellen hier herausfallen, da sie lose, unverkittet nebeneinanderliegen. Hier bekommt man alsdann den Eindruck eines Lumens; doch mufs ich bemerken, dafs ich nirgends eine Regelmäfsigkeit dieser Öffnung gesehen habe, ebensowenig wie eine Anordnung der Zellen auf der Wandung nach Art eines typisch geschichteten (etwa verdickten) Endothels. Ferner haben nun die Zellklumpen immer solche Gestalten, wie sie durch buckelige Cylinder in beliebigen Richtungen geführte Schnitte ergeben, mannigfaltige Formen, wie sie ja auf den Durchschnitten eines Gewebes mit dicken, prall gefüllten und dicht gelagerten Lymphgefäfsen in gleicher Form erscheinen."

An einer späteren Stelle verweist v. Recklinghausen[9] dann zur Veranschaulichung der Anordnung der Zellstränge auf Wegners[a] Arbeit über Lymphangiome, auf Bryks[b] Werkchen über Elephantiasis lymphorrhagica, auf Pospelows[c] Lymphangioma tuberosum cutis. Die Hohlräume der dort gezeichneten ektatischen Lymphgefäfse solle man sich gefüllt denken mit einem dichtzelligen Material.

Auf die Ähnlichkeit der Naevuszellen mit wuchernden Endothelien im Beginne einer Entzündung zeigt v. Recklinghausen[10] des speziellen hin. Von Wichtigkeit erscheinen mir nun die Angaben über das Fehlen einer besonderen Wandung und das Fehlen typischer Endothelien. Darauf legt v. Recklinghausen offenbar einen grofsen Wert zur Bekräftigung dessen, dafs die Naevuszellen an Ort und Stelle aus den Endothelien entstanden sind, Endothelien darstellen.

Das Vorhandensein typischer Endothelien um die Stränge herum in

unseren Präparaten kann nur in dem Sinne verwertet werden, daſs in die Lymphgefäſse die Zellenmassen hineingeschoben, bezw. gewuchert sind. In dieser Auffassung wissen wir uns in Übereinstimmung mit der Mehrheit der Autoren. In den Arbeiten über den „Endothelkrebs“[11] wird der Standpunkt rückhaltlos vertreten, daſs bei einer Wucherung der Endothelien der Lymphgefäſse diese völlig in die Geschwulstwucherung aufgehen, während bei einer Verbreitung des Krebses innerhalb der Lymphbahnen die Endothelien erhalten bleiben. Letztere können komprimiert werden, hydropisch geschwollen sein, aber nicht gewuchert erscheinen. Klebs[12] behauptet wohl, daſs stets eine Mitbeteiligung der Endothelien statthat beim Einwuchern des Krebses in die Lymphbahnen. Das bleibt jedenfalls gesichert, daſs, wenn wohl erhaltene Endothelien zu sehen sind, eine Mitbeteiligung dieser an der Genese der innerhalb der Lymphbahnen lagernden Zellen für die in dem Litteraturverzeichnis angeführten Autoren ausgeschlossen erscheint.

Nicht nur in dem vorliegenden Falle habe ich die Endothelien gesehen. Seitdem ich nämlich auf sie an der Hand dieses Falles aufmerksam geworden bin, habe ich sie nachträglich konstatiert in den Naevuspräparaten meiner Sammlung in gleicher Regelmäſsigkeit und gleicher Lagerung. In den mir freundlichst zur Verfügung gestellten Präparaten konstatierte ich ein gleiches und ebenso bei der Untersuchung einiger Naevi, die ich in den letzten Wochen Leichen entnahm. Und doch muſs die Regelmäſsigkeit in der Anwesenheit der Endothelien in meinen Fällen ein Zufall sein, insofern als v. Recklinghausen und Unna bei ihren Untersuchungen trotz eines reichen Materials sie vermiſsten. Doch schon ein einziger Fall mit positivem Nachweis der Endothelien muſs entscheidend werden für die Genese der von den Endothelien umschlossenen Zellen, insofern als in diesem Falle ebensowenig wie die Gefäſse, Drüsen, Nerven der Lymphgefäſsapparat bezüglich der Herkunft der Naevuszellen in Anspruch genommen werden darf.

Daſs es sich in unseren Präparaten statt um Endothelien um Bindegewebszellen handelte, welche durch die ihnen anliegenden Zellhaufen und -züge platter und gestreckter geworden sind, ist ausgeschlossen. Solche in ihrer Form veränderte Bindegewebszellen sind vorhanden, vereinzelt sichtbar in der Umgebung nicht in Lymphgefäſsen liegender Naevuszellhäufchen. Die deutlich sich abhebende Membran, an der Innenfläche belegt mit Endothelien, wie wir sie oft feststellen konnten, ist da entscheidend. (Fig. 4.)

Woher stammen aber jetzt die Naevuszellen? Der Einwand, daſs die Endothelien der Lymphgefäſse sie an einer bestimmten Stelle entstehen lieſsen, und daſs die gewucherten Endothelien in den Lymphgefäſsen weiter geschoben werden, könnte nur zu Recht bestehen, wenn im Zentrum

des Naevusherdes die Endothelien fehlen würden, nur in der Peripherie des Herdes um die Zellstränge sich zeigten. Das ist aber keineswegs der Fall. Bei der Kleinheit des Naevusherdes würde aufserdem diese Vorstellung recht gezwungen sein.

Ich nehme keinen Anstand, in unserem Falle für die Genese der Naevuszellen das Epithel verantwortlich zu machen, und zwar folgende Gründe stützen mich:

1. Das Bindegewebe und die in ihm liegenden Apparate liefern nicht die Naevuszellen. Für die Schweifsdrüsen, den Gefäfsapparat, die Nerven hat zuerst v. RECKLINGHAUSEN den Beweis geführt; für die Lymphgefäfse behaupten wir es auf Grund der erhaltenen Endothelien in den von uns gesehenen Fällen.

2. Das Epithel zeigt aktive Wucherung. (Vergl. Fig. 2.)

3. Das Epithel zeigt eine beträchtliche Metaplasie seiner Elemente. Die metaplasierten Epithelien zeigen eine auffallende Ähnlichkeit mit den epitheloid geformten Naevuszellen.

4. Das Bindegewebe zeigt aktive Wucherungsvorgänge, welche ein Absplittern wohl erhaltener und schon metaplasierter Epithelien zur Folge haben. Solche Einsargungen metastasierter Epithelien im Bindegewebe können, worauf WALDEYER[13] zuerst hinwies, zu allerlei neoplastischen Vorgängen, zum Carcinom führen durch eine Wucherung der Epithelien; in den neueren Arbeiten RIBBERTS[14] über die Histogenese des Krebses sind solche Verlagerungen des Epithels infolge einer Bindegewebswucherung der typische Beginn jeglichen Carcinoms.

Wir äufsern uns noch einmal dahin:

Die Zelleinlagerung im Bindegewebe bei der Naevusbildung in unserem Falle setzt sich neben den gewucherten Bindegewebszellen zusammen aus Epithelien und Epithelabkömmlingen. Die Epithelien liefern ganze Zellkomplexe und vereinzelte Elemente. Die Zellkomplexe sind abgeschnürte oder in Zusammenhang gebliebene Auswüchse der Zapfen und Haarbälge. Die Auswüchse wachsen zum Teil, wie Figur 2 lehrt, in Lymphgefäfse hinein. Die vereinzelten Epithelien werden ebenfalls durch eine Wucherung des Bindegewebes verlagert. Die Epithelabkömmlinge, die Naevuszellen, sind entweder abgeschnürte metaplasierte Epithelien oder Wucherungen letzterer, bezw. Wucherungsfolgen abgeschnürter, noch gestachelter Epithelien. Die wuchernden metastasierten Epithelien zeigen sich vielfach innerhalb der Lymphgefäfse, in welche sie sich — vielleicht weil der Lymphapparat ihnen den geringsten Widerstand bietet — einschieben. Da die Papillenspitzen keine endothelumsäumten Lymphspalten führen, mufs es sich, wo endothelumsäumte Naevusnester an die Epidermis andrängen, um maximal erweiterte Lymphgefäfsabschnitte handeln. (Fig. 4.)

Die so oft aus den Naevi hervorgehenden bösartigen Tumoren, welche bislang als Naevosarkome gedeutet wurden, tragen nach den übereinstimmenden Ansichten aller Pathologen in der Regel einen alveolären Bau, und die einzelnen Zellen der „Naevosarkome" werden als epitheloid geformt geschildert. Ich verweise da vornehmlich auf die charakteristische Abbildung in *Zieglers allgemeiner Pathologie.*[15] Diese Thatsache gewinnt an Bedeutung, wenn UNNAS Ansicht zu Recht besteht.

Von Interesse ist weiter die Angabe von RINDFLEISCH,[16] dafs er in der Hyperplasie der accessorische Haarbälge führenden Haarbälge das Bezeichnende des Naevus erblickt. Ich habe den Eindruck, dafs RINDFLEISCH ähnliche Bilder wie Figur 2 gesehen hat.

Wenn unser Fall die Entwickelung des Naevus darstellen würde, so wären Bindegewebswucherung, Epithelabschnürung, Epithelmetaplasie und Epithelwucherung die voneinander abhängigen Prozesse.

Der pigmentierte Naevus bildet jedenfalls die wertvolle Ergänzung des nichtpigmentierten Falles. Bei älteren Naevi wären dann Bindegewebswucherung und Epithelabsplitterung zur Ruhe gekommen. Ein Gleichgewichtszustand stellt sich her, der von dem Status nascendi der Naevusbildung nicht mehr viel verrät.

Wenn die auf dem Boden der Naevi wachsenden bösartigen Neubildungen klinisch als Sarkome erscheinen, so ist das — gleichgültig, wie weit es allgemein anerkannt wird — für den Histologen, was wir GREEN[17] gegenüber betonen möchten, belanglos.

Es ist eigenartig, dafs wir in der Lagerung der Naevuszellen innerhalb der Lymphgefäfse die Hauptstütze miterblicken möchten für UNNAS Anschauung, dafs aber gerade UNNA[18] die Beziehung der Naevizellen zu den Lymphgefäfsen bestreitet. UNNA wendet sich gegen v. RECKLINGHAUSEN. Eine Reihe aus morphologischen Gesichtspunkten entsprechender Bedenken bringt er, um zu beweisen, dafs die Anordnung der Zellzüge und -nester nicht den Lymphgefäfsen entspricht.

UNNA gegenüber kann ich nur die deutliche Anwesenheit der Lymphgefäfswandungen in meinen Präparaten hervorheben. Bezüglich der Anordnung der Nester und Züge ist meines Erachtens eine bessere Schilderung unmöglich, als die von v. RECKLINGHAUSEN gegebene, welcher ich mit der einen Abweichung, dafs ich Wandungen von Lymphgefäfsen wohlerhalten sehe, mich anschliefse.

Die Verschiedenartigkeit der Bilder, wie UNNA sie jedenfalls im Gegensatz zu v. RECKLINGHAUSEN, BAUER[19] und uns erhalten hat, kann nur erklärt werden durch die Schwankungen in den mechanischen Druck- und Wachstumsverhältnissen der Herde. Letztere werden mafsgebend für die Verlaufsrichtung der Züge und Nester.[20]

BAUER hat in seiner Arbeit im grofsen und ganzen v. RECKLING-

HAUSENS Angaben bestätigt. Ein neues Beweismoment hat er eigentlich nicht gebracht für die Herkunft der Naevuszellen von den Endothelien der Lymphgefäfse. Wenn er hervorhebt,[21] dafs er intakte Lymphgefäfswandungen vermifst hat, so mufs ich in Hinblick auf mein Material widersprechen, ebenso seiner Behauptung, dafs die Haarbälge unverändert sind.

Seine Angaben über die Pigmentverteilung in dem Epithel und dem Bindegewebe kann ich nur bestätigen. POSTS[22] Angabe, dafs im Epithel entstandenes Pigment Stäbchenform zeigt, kann BAUER für seine Fälle ebensowenig, wie ich für meine bestätigen. Ein Anhaltspunkt, dafs die Pigmentierung des Epithels, soweit die einzelnen Epithelien Pigment führen, aus dem Bindegewebe stammt, liegt nirgends vor.

Ich möchte es aber als unrichtig bezeichnen, dafs BAUER[23] sowohl, wie GREEN[24] aus der Thatsache, dafs bei reichlichem Pigmentgehalt des Rete die Naevizellen ganz unpigmentiert sein können, und umgekehrt, Schlüsse ziehen für die Herkunft der Naevizellen. BAUER schreibt: „Ziemlich häufig findet man im Randbindegewebe auch kleinere Zellballen mit intensiver Pigmentierung, welche sich öfters ganz nahe an das Epithel anlegen und die ebenfalls Endothelzellen enthalten. Da hierbei das angrenzende Epithel öfters sehr arm an Pigment ist, so ist hierdurch schon ein markanter, in die Augen springender Gegensatz zwischen Epithel und Zellmassen gegeben, welcher bei der Beurteilung der Herkunft der Naevuszellen auch zu verwerten ist.

Mir bleibt ein solcher Schlufs nicht recht verständlich. Wenn wirklich Beziehungen bestehen zwischen Naevusherd und Mutterboden bezüglich der Pigmentierung, so ist am allerwenigsten zu erwarten, dafs die Epidermisstelle gleich stark pigmentiert erscheint, wie der zufällig gegen sie andrängende Zellhaufen. Auf letzteren hin müfste höchstens — bei UNNAS Anschauung beispielsweise — die Epithelpartie untersucht werden, von welcher er seinen Ursprung genommen hat.

Viel wichtiger ist, falls sich bewahrheitet, dafs ein Zusammenhang besteht zwischen Auftritt von Pigment im Epithel und einer Metaplasierung dieses, d. h. einen schnelleren Ablauf letzterer. Denn, wie der nicht-pigmentierte Naevus beweist, findet auch ohne Pigmentierung eine Metaplasie des Epithels statt. Bei einem thatsächlichen Zusammenhang würde mir verständlich, dafs am meisten Pigment da erscheint, wo die Metaplasie am stärksten sich zeigt, d. h. innerhalb der Lymphgefäfse in und zwischen den gewucherten Epithelien. Und verständlich wird dann auch, warum wir in dem pigmentführenden Naevus nur eine Absplitterung metaplasierter Epithelien gewahren.

UNNA[25] ist geneigt, einen solchen Zusammenhang anzunehmen. Meine Präparate machen mir einen solchen auch wahrscheinlich. v. PLANNER[26]

ist auf die Beziehungen des Pigmentes zur Degeneration der Epithelien anläfslich der Beschreibung eines Riesennaevus näher eingegangen.

Die von VIRCHOW[27] für die Pigmentzustände der Haut zuerst hervorgehobene regellose Verteilung des Pigmentes im Rete Malpighi und in der Cutis ist von allen Autoren bei der Untersuchung verschiedener pigmentierter Naevi stets betont worden.

Darin liegt aber für mich der beste Beweis, dafs wir noch nicht berechtigt sind, aus der Pigmentierung Schlüsse zu ziehen auf die Herkunft der Naevuszellen.

Die vorliegende Arbeit war schon dem Druck übergeben, als ich auf die 1887 unter LANGHANS erschienene bemerkenswerte Dissertation von ALEXANDRA BOGOLIUBSKY[28] *„Über Pigmentflecken der Haut“* aufmerksam gemacht wurde.

Die Verfasserin nimmt gegenüber v. RECKLINGHAUSEN den älteren Standpunkt der perivaskulären Lagerung der Naevuszellen von DEMIÉVILLE[29] wieder auf.

Nach der Verfasserin zeigen die Zellstränge viel häufiger eine Beziehung zu den Blutgefäfsen, vornehmlich zu Arterien und Kapillaren als zu den Lymphgefäfsen, doch verlaufen sie nicht ausschliefslich längs der Blutgefäfse, wie DEMIÉVILLE angab, sondern sie dringen auf dem Wege der Saftkanälchen und -spalten auch in das umgebende Gewebe ein.

Den Beweis für letzteres liefert das Vorkommen gleicher Zellstränge und -nester in der Epidermis und in der epithelialen Scheide der Haarbälge.

Die Beteiligung der Lymphgefäfse schlofs die Verfasserin aus, indem sie dieselben durch Einstich injizierte; die meisten verliefen in dem Stroma neben den Zellsträngen.

Dieses Ergebnis läfst sich — abgesehen von der prinzipiellen Frage der Herkunft der Naevuszellen — mit unseren Angaben vereinigen. Wir führten aus, dafs Epithelien in das Bindegewebe verlagert werden. Wenn diese wuchernd aus den Saftspalten in die Lymphgefäfse vordringen, so ist eine zellige Ausfüllung sämtlicher Lymphgefäfse innerhalb der vom Naevus eingenommenen Hautpartie durchaus nicht die notwendige Folge, ein Teil der Lymphgefäfse kann ebensogut frei bleiben.

Übrigens hat sich mir bei dem Studium des Werkes von v. RECKLINGHAUSEN auch nicht der Schlufs aufgedrängt, dafs die Annahme, dafs die Naevuszellen von den Lymphgefäfsendothelien stammen, eine Beteiligung sämtlicher Lymphgefäfse einschliefst.

Die Injektionsversuche der Verfasserin lassen aber den Einwand zu, dafs die Injektion nur einen Teil der Lymphgefäfse betroffen hat.

Die wertvollen weiteren Angaben der Verfasserin bestätigen den epitheloiden Charakter der Naevuszellen und die regellose Verteilung des Pigmentes.

Litteratur.

[1] *Über die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen Neuromen.* Berlin 1882.

[2] *Histopathologie der Hautkrankheiten.* H. Hirschwald. Berlin 1894.

[3] A. a. O. S. 1150.

[4] Referat durch gütige Vermittelung des Herrn Dr. Ernst R. W. Frank in Berlin.

[5] *Ergebnisse der allgemeinen Morphologie und Physiologie des Menschen und der Tiere.* Herausgegeben von Lubarsch und Ostertag. 1895. S. 379. Wiesbaden, Bergmann.

[6] *Virch. Arch.* No. 34. S. 331.

[7] Ebenda. Bd. 143. 3. Heft. S. 407.

[8] A. a. O. S. 48.

[9] A. a. O. S. 50.

a) *v. Langenbecks Arch. d. Chir.* XX. S. 614. 641.

b) Ebenda. XXIV. S. 273. Taf. IV. Figg. 5 u. 6.

c) *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1879. II. S. 529.

[10] A. a. O. S. 47.

[11] Vergl. u. a. Siegert, Zur Histogenese des primären Lungenkrebses. *Virch. Arch.* 134. S. 287.

[12] Klebs, *Allgem. Pathol.* S. 614. — Neelsen, Untersuchungen über den Endothelkrebs. *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1882. Bd. 31. S. 375. — Lubarsch, a. a. O. S. 373. — Schulz, *Arch. d. Heilkde.* 1876. Bd. 17. — Zehender, *Virch. Arch.* 119. S. 261.

[13] *Virch. Arch.* Bd. 41. S. 520, und ebenda Bd. 55. S. 153. Vergl. Hauser *Virch. Arch.* Bd. 141. S. 497.

[14] *Virch. Arch.* Bd. 155. S. 433, ebenda, Bd. 141. S. 153. — *Centralbl. f. Path. u. path. Anat.* Bd. V. S. 697. — *Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 1—4.

[15] *Allgem. Pathol.* II. Aufl.

[16] *Lehrb. d. pathol. Gewebelehre.* 1867/69.

[17] *Virch. Arch.* Bd. 134. S. 331.

[18] A. a. O. S. 1148.

[19] A. a. O.

[20] Vergl. v. Recklinghausen, a. a. O. S. 50.

[21] A. a. O. S. 416.

[22] *Virch. Arch.* Bd. 135. S. 479.

[23] A. a. O. S. 420.

[24] A. a. O. S. 333.

[25] A. a. O. S. 1154.

[26] *Auspitz Arch.* 1886. S. 449.

[27] *Krankhafte Geschwülste.* II. S. 227.

[28] Inaug.-Dissert. 1887. Bern.

[29] *Virch. Arch.* Bd. 81. S. 333.

Erklärung der Abbildungen.

(Sämtlich mit dem Abbéschen Zeichnungsapparat skizziert.)

Fig. 1. Schwache Vergrößerung. Pikrokarminfärbung. Übersichtsbild des nichtpigmentierten Naevus.

Fig. 2. Mittlere Vergrößerung. Pikrokarminfärbung. Haarbalg mit Auswüchsen, schräg getroffen.

Fig. 3. Starke Vergrößerung. Pikrokarminfärbung. Partie aus dem mittleren Teil des nichtpigmentierten Naevus. Auf *Figur 1* rechts von dem Haarbalg sichtbar. Aufsplitterung von Epithelzapfen.

Fig. 4. Starke Vergrößerung. Hämalaunpräparat. Aus Zweckmäßigkeitsgründen nach Art der Pikrokarminfärbung wiedergegeben.

Querschnitt einer Papille mit einem Nest von Naevuszellen, welche in einem erweiterten Lymphgefäß liegen. Allseitig ist der Papillenquerschnittt von Epithel umgeben. Vergl. S. 112.

Die Behandlung des Lupus mit Salicyl-Kreosot-Pflaster.

Von

W. Dubreuilh und Bernard.

Der Lupus tuberculosus ist eine sehr ernste Erkrankung. Er führt eine bedenkliche Schwächung des Organismus herbei und erweist sich trotz der rationellsten Behandlungsarten als äufserst hartnäckig. Je mehr Mittel man daher zu seiner Bekämpfung hat, um so besser. Hier, wie bei so vielen anderen Krankheiten, beweist die Mehrzahl der Behandlungsmethoden, dafs keine absolut gut ist. Früher pflegte man den Lupus hauptsächlich innerlich zu behandeln. Seit etwa 20 Jahren aber ist die chirurgische Behandlung in den Vordergrund getreten, und die innerlichen Mittel werden nur noch nebenher gereicht.

Von den chirurgischen Eingriffen sind die folgenden drei die gebräuchlichsten: die Auskratzung, die von Deutschland stammt, die Skarifikation, die aus England bei uns eingeführt ist, hierzulande aber erst eine völlige Umwandlung und Vervollkommnung erfahren hat, die punktförmige Kauterisation endlich, die eine französische Errungenschaft ist. Von der Excision können wir absehen, da diese doch nur ganz ausnahmsweise zur Anwendung kommt. Diese drei Operationsarten sind ja nun ganz vorzüglich und liefern in den meisten Fällen auch die besten Ergebnisse. Trotzdem kommt es aber auch hier vor, dafs ein Lupus sich nach der Behandlung bis zu einem gewissen Grade sehr schnell bessert, dann aber in der Heilung keine Fortschritte mehr macht, ja sogar an Umfang noch wieder gewinnt. In solchen Fällen thut man gut, mit der Behandlungsart zu wechseln, um die Geduld des Kranken nicht zu erschöpfen. Hier erweist sich dann zuweilen die chemische Kauterisation sehr nutzbringend.

Die Anwendung von Ätzmitteln bei der Behandlung des Lupus ist seit langem in Deutschland sehr verbreitet. Diese Ätzmittel wirken zum Teil sehr energisch, haben aber den Nachteil, dafs sie auch das gesunde Gewebe, mit dem sie in Berührung kommen, zerstören. Das Ideal wäre ein Mittel, das seine ätzenden Wirkungen nur auf das erkrankte Gewebe beschränkte. Dieser Forderung nun entspricht das Unnasche Salicyl-Kreosot-Pflaster. Unna hat die Formel und die Gebrauchsanweisung für sein Pflaster im Jahre 1886 veröffentlicht, und seitdem erfreut es sich in Deutschland und auch in England einer grofsen Beliebtheit, ist aber bei uns in Frankreich nur wenig bekannt geworden.

Bei seinen Versuchen, die Krusten des Lupus mit Salicylsäure-Pflaster zu entfernen, um anderen Ätzmitteln den Angriff zu erleichtern, machte UNNA die Beobachtung, dafs die Salicylsäure die Tuberkel gründlich zerstörte, das gesunde Gewebe aber verschonte. Da die Anwendung dieses Mittels aber äufserst schmerzhaft war, so galt es, einen Stoff zu finden, der diesem Übelstand abhelfen könnte, und diesem Zweck entsprach das Kreosot am vollkommensten. UNNA liefs nun Pflaster anfertigen, die eine bedeutende Menge Salicylsäure und ebensoviel oder noch mehr Kreosot enthielten. Diese Pflaster werden von Beiersdorf & Co. in Hamburg hergestellt und haben das Eigentümliche, dafs das Medikament der Pflastermasse nicht einverleibt, sondern vielmehr als eine selbständige Schicht darüber ausgebreitet ist, so dafs es viel besser zur Wirksamkeit kommt, als in den gewöhnlichen Pflastern. Von den von Beiersdorf & Co. in den Handel gebrachten sechs verschiedenen Sorten haben wir die Katalognummern 76, 78 und 79 verwandt.

Das Pflaster wird so grofs genommen, dafs es die ganze kranke Fläche bedeckt und auch noch etwas von der gesunden Umgebung mitnimmt; man befestigt es am besten mit Zinkleim. Solange der Leim noch heifs ist, bedeckt man ihn mit Watte, die sich mit ihm verbindet und eine Verschiebung des Verbandes verhindert. Durchschnittlich einmal täglich mufs der Verband erneuert werden. Man könnte ihn ja auch ohne Nachteil zwei Tage liegen lassen, aber bei täglicher Erneuerung wirkt er unbedingt viel rascher. Entfernen läfst er sich ganz leicht, da er nur an seinen Rändern anklebt da, wo der Zinkleim mit der Haut in Berührung kommt; und wenn das Pflaster auch im Augenblick, wo man es auflegt, festklebt, so wird es doch bald wieder durch eine dünne Schicht serösen, schleimigen Eiters von der Haut abgehoben.

Zuerst ist die Anwendung des Salicylpflasters ganz schmerzlos; Schmerz stellt sich erst ein, wenn der Lupus zu ulcerieren anfängt, und zwar ein Gefühl von lebhaftem Brennen; dasselbe hält aber niemals lange an. Nach UNNAS Angaben dauert es 5—15 Minuten; wir haben es kaum je länger als eine Minute beobachtet; dann hört es auf und fängt erst wieder beim nächsten Verbandwechsel an; durch eine Pinselung mit Kokain läfst es sich übrigens beseitigen.

Nach Entfernung des Verbandes reinigt man die Fläche vorsichtig mit feuchter Verbandwatte und verbindet alsdann von neuem. Dieses Verfahren haben unsere Patienten selbst bei grofsen Geschwürsflächen gut vertragen und haben den vorübergehenden Schmerz geduldig hingenommen.

Nach drei- bis viermaliger Anwendung des Pflasters beginnen die Lupusknötchen einzeln zu ulcerieren; sie werden hohl, und nach acht- bis zehnmaliger Wiederholung ist entweder die ganze Fläche des Lupus

gleichmäfsig ulceriert, falls die Knötchen zusammengeflossen waren, oder mit runden, hohlen, kelchförmigen Geschwürchen von etwa Erbsengröfse bedeckt. Im letzteren Falle ist der Anblick der lupösen Fläche ein ganz eigenartiger und läfst die Vorzüge des neuen Ätzmittels deutlich hervortreten. Die Geschwürsfläche sondert in mäfsiger Menge ein klebriges, mifsfarbiges Sekret ab, zur richtigen Eiterung kommt es aber nie, dafür sorgen die Salicylsäure und das Kreosot, die eine hinreichende antiseptische Wirkung ausüben.

Der Grund der Geschwürsfläche hat ein verschiedenes Aussehen, bald ist er weifslich und besteht aus einem perlmutterfarbenen Netzwerk von derbem fibrinösem Gewebe, bald wieder sind gelbe, weiche, zerreibbare Knötchen vorhanden, als Überreste lange widerstehender Lupusknötchen.

Die gesunde Haut wird von dem Salicylpflaster niemals angegriffen, ebensowenig die gesunden Narben. Handelt es sich dagegen um einen Lupus sclerosus, der aus einer roten, harten, dicken, hervorragenden, keloidartigen Narbe mit verstreuten Tuberkeln besteht, so gewahrt man, wie letztere zuerst geschwürig zerfallen, alsdann entstehen weitere Geschwüre, die anfangs punktförmig sind, sich nach und nach vergröfsern und ineinander flieſsen können; wahrscheinlich rühren sie von Tuberkelknoten her, die, weil sie in der Tiefe sitzen, sich dem Anblick entziehen. Bei fortgesetztem Gebrauch des Pflasters, und zumal, wenn dieses sehr viel Salicylsäure enthält, wird die ganze harte Narbe zerstört und in eine grofse Geschwürsfläche verwandelt.

Fährt man mit der Behandlung nun noch weiter fort, so bedeckt sich der Geschwürsgrund mit roten, festen Granulationen, unter denen häufig noch einige weichere, gelbliche Knötchen vorhanden sind. Letztere thut man gut, zu zerstören, entweder mit einem zugespitzten Höllensteinstift, oder mit einem Sublimat-Pastenstift, wie ihn UNNA verwendet, der uns aber für diesen Zweck etwas zu weich scheint. Zuweilen beginnt unter diesem Pflaster sogar schon die Vernarbung, ja, in einem unserer Fälle (Beob. 3) kam sie darunter fast ganz zu stande. Meistens freilich bleibt sie nur angedeutet, und die Heilung rückt dann unter dem Pflaster nicht mehr von der Stelle. Wenn man dasselbe dann aber durch Borsäure oder Zinkoxydsalbe ersetzt, so ist die Vernarbung sehr bald vollendet.

Im Anfang des letzten Jahres hatte einer von uns einen Mann zu behandeln, der vorher bei UNNA in Hamburg gewesen war und der nach dessen Methode behandelt sein wollte. Wir willfahrten natürlich seiner Bitte, und durch den damals erreichten Erfolg wurden wir ermutigt, das Verfahren bei einer gröfseren Zahl von Patienten anzuwenden. Zehn Lupuskranke wurden dann in dieser Weise behandelt. Wir haben dabei

mit Vorliebe die stärkeren Pflaster für die tiefer sitzenden Lupusherde verwendet und im Durchschnitt ungefähr 20 Pflaster für jeden Fall verbraucht.

In den Fällen, in denen die Lupusknötchen miteinander verschmelzen, fliefsen auch die Geschwüre zusammen, so dafs sich der Lupus alsdann unter der Einwirkung des Pflasters in eine grofse Geschwürsfläche umwandelt, in der nur einzelne eckige Inseln unversehrter Epidermis, die unvermittelt aus dem geschwürigen Grunde hervorragen, bestehen bleiben.

In einem Falle war es uns vergönnt, zwei Behandlungsweisen in Anwendung zu bringen, die Ignipunktur und das Pflaster, letzteres hat aber in derselben Zeiteinheit entschieden bessere Dienste geleistet.

Der Lupus sclerosus besteht aus einem derben, fibrösen Gewebe, das von mikroskopisch kleinen Tuberkeln durchsetzt und mit gröfseren, schon makroskopisch wahrnehmbaren Knötchen, die dem unbewaffneten Auge als graue oder braune Punkte erscheinen, besät ist. Man könnte meinen, eine einfache hypertrophische Narbe vor sich zu haben, wären nicht die unveränderte rote Färbung und einige vereinzelte Tuberkel vorhanden. Das Mikroskop läfst natürlich den Unterschied recht deutlich erkennen; hier sieht man, dafs es sich nicht um Narbengewebe, sondern um ein richtiges Lupom handelt, in welchem die Knötchen sehr klein, das Bindegewebe aber sehr mächtig entwickelt ist. Es leuchtet ein, dafs man hier von dem UNNAschen Pflaster keine Schonung des gesunden Gewebes erwarten kann, dafs vielmehr die Narbe, die durchweg erkrankt ist, gänzlich zerstört wird. Aber selbst hier beginnen zuerst die mit bloſsem Auge sichtbaren Tuberkel zu zerfallen, und erst allmählich verallgemeinert sich die Ulceration. Zwei Fälle von Lupus sclerosus belehrten uns, dafs der Erfolg der Pflasterbehandlung hier kein besonders günstiger ist. Man sollte doch meinen, dafs die neue Narbe nach einer so ausgedehnten Zerstörung viel fester und viel gesünder, als nach irgend einer anderen Behandlungsart sein müfste. Dem ist aber leider nicht so, und die neue Narbe ist fast ebenso krank, wie die alte; sie ist hart, hervorspringend und weist sehr bald wieder Tuberkel auf. Der Erfolg ist freilich kein ganz ausbleibender, aber er ist doch lange nicht so gut, wie man hätte erwarten sollen, und es scheint, dafs bei dieser Lupusform ein chirurgisches Vorgehen, und namentlich die Skarifikationen, bessere Heilerfolge herbeiführen.

Sehr interessant gestaltete sich ein kleiner Lupus, der in der Mitte der Wange safs und der bis auf den Grund ausgekratzt war. Wie häufig in solchen Fällen, so legte auch hier der scharfe Löffel eine derbe Fläche bloſs, die mit kleinen Tuberkeln besetzt war. Auf diese Fläche haben wir das Pflaster gelegt, befanden uns also in besonders günstigen Bedingungen. Der Erfolg war denn auch ein guter, nur leider kein dauernder. Die

Narbe sah viel besser aus, als wenn wir mit Chlorzink geätzt oder den Geschwürsgrund skarifiziert hätten; allein nach einigen Monaten bildeten sich wieder von neuem einzelne kleine Knötchen. Trotz dieses halben Erfolges halten wir doch dafür, dafs in ähnlichen Fällen das Pflaster anzuwenden sei.

Aus dem Mitgeteilten ersieht man, dafs das UNNAsche Pflaster ebensowenig, wie die verschiedenen chirurgischen Eingriffe, eine völlige Heilung gewährleistet. Selbst in den günstigsten Fällen mufs man auf Rückfälle gefafst sein. Immerhin aber waren die Heilerfolge recht zufriedenstellend. Gewifs mag in einzelnen Fällen das operative Verfahren vorzuziehen sein; dafür haben wir mit dem Pflaster da noch günstige Erfolge erzielt, wo uns die vorher versuchte Ignipunktur völlig im Stich liefs, und erhielten noch eine gesunde Narbe, wo die verschiedensten chirurgischen Eingriffe nicht einmal die Ulceration zum Schwinden bringen konnten.

Die Verwendung des Salicyl-Kreosot-Pflasters kann aus drei Gründen angezeigt sein: 1. es können Umstände vorliegen, die mit der Krankheit selber nichts zu thun haben und nur den Patienten betreffen; es kann 2. die anatomische Form und 3. der Verlauf des Lupus jene Behandlung notwendig machen.

1. Es giebt eine ganze Reihe von Kranken, die sich gegen jeden operativen Eingriff abweisend verhalten und die sich nur mit örtlichen Mitteln behandeln lassen. Unter diesen scheint aber das Salicyl-Kreosot-Pflaster das zweckmäfsigste zu sein, da es mehr schont, als das Sublimat und das Ätzkali, und weniger schmerzhaft und gefährlich als die Arsenikpasten ist. Andererseits läfst es sich nur bei solchen Patienten verwenden, die uns völlig zu Willen sind, denn wenn der Arzt auch nicht jeden Verband selber anzulegen braucht, so mufs er doch den ganzen Verlauf sorgfältig überwachen. Das ist ja beim Auskratzen und der Ignipunktur anders, wo man den Kranken nach jeder Sitzung für 14 Tage bis vier Wochen entlassen kann; wünschenswert wäre es freilich auch hier, den Vernarbungsprozefs zu verfolgen.

2. Die Formen, bei denen die Pflasterbehandlung den besten Erfolg verspricht, bildet der Lupus superficialis, der nicht selten recht hartnäckig sein kann. Hier springt die schonende Wirkungsweise des Salicyls am deutlichsten in die Augen, indem es nur die Tuberkel aussucht und zur Ulceration bringt, auch noch Knötchen kenntlich macht, die dem unbewaffneten Auge entgangen sind. Vielleicht ist seine Wirkung nicht immer eingreifend genug, um Rückfälle zu verhüten, man kann dann aber etwas nachhelfen, indem man die verdächtigen Punkte mit Höllenstein ätzt, oder mit dem Galvanokauter zerstört, oder mit anderen örtlichen Mitteln, wie etwa Pyrogallussäure, während der Vernarbung behandelt.

Weniger zu empfehlen ist dieses ganze Vorgehen beim Lupus profundus und Lupus vegetans, auch nicht beim Lupus sclerosus, dessen derbes, dickes Narbengewebe von mikroskopischen Knötchen durchsetzt ist. In diesem letzteren Falle ist die Skarifikation vorzuziehen.

3. Bei der operativen Behandlung des Lupus kommt es häufig vor, dafs nach dem Eingriff die Heilung zuerst rasche Fortschritte macht, um dann plötzlich stille zu stehen. Man mufs dann von der Auskratzung zur Ignipunktur und von dieser zur Skarifikation, oder umgekehrt, übergehen. Zuweilen aber haben alle diese Eingriffe keinen Erfolg, die Ulcerationen wollen sich mit keiner Narbe bedecken, einzelne Gruppen von Knötchen brechen sofort wieder auf. In solchen Fällen erweist sich dann die Pflasterbehandlung bisweilen noch wirksam und befördert die endliche Heilung.

Die von UNNA empfohlene Behandlung leistet uns demnach grofse Dienste und bietet ein schätzenswertes Hülfsmittel bei der Behandlung einer Krankheit, die nur allzuhäufig den umsichtigsten und nachhaltigsten Bemühungen Hohn spricht.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Einige Bemerkungen über die Anatomie des Favus.

Von

Prof. V. MIBELLI - Parma.

Unter allen parasitären Hautaffektionen ist offenbar der Favus diejenige, bei der der pathofore Pilz die höchste klinische Bedeutung aufweist, und zwar wegen der Bildung der charakteristischen Scutula, die seiner Vegetation ihre Entstehung verdanken. Man kann denn auch, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, sagen, dafs der Pilz an sich selbst den am meisten in die Augen fallenden Anteil, ja, in semiotischer Beziehung, die ganze Krankheit darstellt.

Die histologische Untersuchung ergiebt jedoch, dafs sich beim Favus die Haut, indem sie den wachsenden Pilz aufnimmt, nicht blofs passiv verhält, sondern dafs unter den Scutula ein, wenn auch kaum bemerkbarer entzündlicher Prozefs vor sich geht. Dieser stellt den wirklichen „favösen Prozefs“ dar, von dem, wenigstens zum Teil, das Endresultat der Krankheit, wenn dieselbe sich selbst überlassen wird, abhängt, nämlich die wohlbekannten narbenartigen, atrophischen Plaques.

Mit dem Studium dieses favösen Prozesses selbst und seinen Beziehungen zum parasitären Element, das denselben erzeugt, haben sich bisher nur wenige Forscher beschäftigt. Bis zum Erscheinen der beiden grofsen Handbücher von Leloir und Vidal[1] einerseits, Unna[2] andererseits, waren wir genötigt, uns sozusagen ausschliefslich an die Arbeiten von Unna (1880) und von Balzer (1881—1885) zu halten, auf welche sich die wenigen Autoren stützten, die in ihren Lehrbüchern die Anatomie des Favus kurz berührten. Mit Th. Simon, Remy, Hoggan, Malassez, Rénaut haben wir überhaupt alle namhaften Forscher angeführt, die sich vor Unna und Balzer in den letzten 20 Jahren mit dem Gegenstande befafst haben.

In letzter Zeit hat aber die Litteratur über Favusanatomie eine beträchtliche Bereicherung erfahren in den beiden genannten Arbeiten und besonders in derjenigen Unnas, worin der Abschnitt, der den Favus behandelt, gewifs einer der originellsten und gelungensten ist. Nach solchen Leistungen ist es gewifs nicht ein leichtes Unternehmen, wirklich neue Beiträge zur Kenntnis der Favusanatomie zu liefern. Ich würde auch gar nicht versuchen, mich hierüber vernehmen zu lassen, wenn ich mich nicht auf lange und eingehende Untersuchungen stützen könnte. Da sich aber diese letzteren auf ein äufserst reichhaltiges Material beziehen, worüber ich bereits seit 1892[3] Mitteilungen veröffentlicht habe, d. h. zu einer Zeit, wo unsere Kenntnisse hierüber noch weniger verbreitet und genau[4] waren, so erlaube ich mir heute, mich dieses Materials zu bedienen, um daraus einige mir nützlich erscheinende Betrachtungen abzuleiten. Diese haben nicht nur den Zweck, meine Prioritätsansprüche zu rechtfertigen, sondern sie sollen noch einige streitige Punkte aufklären, auf die es der Mühe wert ist einzutreten. Ich möchte hierbei darauf aufmerksam machen, dafs in den Werken von Leloir und von Unna meine Arbeit nicht erwähnt wird,[5] während ich in einem in letzter Zeit

---

[1] Leloir und Vidal, *Traité descriptif des mal. de la peau.* Paris 1889—93.

[2] Unna, *Histopathologie der Hautkrankheiten.* Berlin 1894.

[3] Mibelli, Sul favo; ricerche cliniche, micologiche e istologiche. *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* Fasc. 2 u. 3. 1892.

[4] Das Kapitel über Favus im Werke von Leloir und Vidal wurde in drei Heften publiziert, von denen das erste, das ausschliefslich Tafeln enthielt, am 30. März 1891, das zweite am 6. Februar 1893, das dritte am 10. Dezember 1893 erschien.

[5] Herr Professor Mibelli klagt mich mit Recht einer Vernachlässigung an. Ich habe seine in *Bertarellis Journal* publizierte, vortreffliche Arbeit aus dem Jahre 1892 bei Abfassung des Favuskapitels in meiner *Histopathologie* vollständig übersehen und erfahre erst jetzt, in wie vielen Stücken wir, unabhängig arbeitend, zu denselben Resultaten gekommen sind. Ich habe dieses Versäumnis durch eine Veränderung des Textes in der in kurzem erscheinenden, englischen Auflage meiner *Histopathologie* wieder gut zu machen gesucht. Leider hat sich die Unkenntnis der Mibellischen Favusarbeit auch auf meinen Schüler, Herrn Dr. Kellogg, fortgesetzt, dessen kürzlich in dieser Zeitschrift veröffentlichten Resultate in einem wesentlichen Punkte, das Wachstum des Scutulums betreffend, von den hier mitgeteilten Ansichten

erschienenen Artikel von Dr. WÄLSCH-Prag mit Genugthuung konstatieren konnte, dafs der Autor kurz ganz dieselben Dinge wiederholt, die ich früher schon eingehend beschrieben habe; doch wird auch darin mein Name nicht immer angeführt.[6]

* * *

Im meiner Arbeit vom Jahre 1892 verbreitete ich mich über die Frage vom sog. Favus erythematosus (oder Favus herpeticus von QUINCKE), d. h. von jener leichtesten und oberflächlichsten Veränderung, die der Pilz unter gewissen Umständen unabhängig von der Bildung der Scutula auf der Haut erzeugt. Auf Grund klinischer und experimenteller Beobachtungen konnte ich denn auch in Übereinstimmung mit der heutigen Ansicht UNNAS nachweisen, dafs derselbe Pilz sowohl den klassischen Favus mit Bildung von Scutula, wie den erythematösen erzeugen könne.

Der erythematöse Favus bildet meist ein wirkliches Prodromalstadium des Scutulums, wie es KÖBNER bereits 1864 behauptet hat. Wie UNNA dies deutlich gezeigt hat, kommt dieses dadurch zu stande, dafs der Pilz bei seinem Wachstum im Stratum corneum seine Mycelfäden ausschliefslich in einer zur Hautoberfläche parallel verlaufenden Ebene ausbreitet. Auf diese Weise verursacht er einen oberflächlichen Hautkatarrh. Nach UNNA müfste also der favöse Prozefs in diesem ersten Stadium in die Klasse der oberflächlichen Entzündungen eingereiht werden und nicht in diejenige der tiefgreifenden, wohin er sie verlegt in Anbetracht der schwereren Veränderungen des wirklichen und eigenen, chronischen, scutulösen Favus.[7]

Nach UNNA handelt es sich in den leichtesten Fällen des oberflächlichen favösen Katarrhs um eine entzündliche Hyperämie mit Aufquellung und Parakeratose des Stratum spinosum und Schuppenbildung; in schwereren Fällen kommt es zu einer beträchtlichen Entzündung mit Ödem des Papillarkörpers und intensiverer ödematöser Anschwellung der Stachelschicht mit Bildung kleiner unter der Hornschicht gelegener Bläschen, die mit Serum und geringen Mengen von Leukocyten angefüllt sind. Hiermit stimmen die Resultate meiner Untersuchungen aus dem Jahre 1892 vollständig überein. Damals excidierte ich nämlich aus der Haut meiner Patienten teils flache squamöse, teils etwas erhabene papulo-squamöse Stücke und konnte hier einen leichten Grad von Entzündung konstatieren, der sich ausschliefslich auf den Papillarkörper beschränkte, wo die

---

MIBELLIS abweichen. Der hier vorliegende Artikel des Herrn Prof. MIBELLI wurde der Redaktion eingesandt, als die Arbeit von Herrn Dr. KELLOGG bereits im Druck, aber noch nicht erschienen war. UNNA.

[6] WÄLSCH, Zur Anatomie des Favus. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. Bd. XXXI. Heft 1.

[7] UNNA, *Histopathologie.* pag. 166.

elastischen Fasern beträchtlich reduziert waren. In der Epidermis war die Stachelschicht etwas verdickt, stellenweise ödematös, und an einigen Punkten liefsen sich in einzelnen Zellen Höhlenbildungen wahrnehmen. Die Körnerschicht bestand aus einer einzigen Zellenreihe mit spärlichen Granulationen, ja fehlte mancherorts vollständig. Im Stratum corneum der in Flemmingscher Lösung fixierten Stücke erkannte man eine Verdickung der basalen und mittleren Schicht, deren Zellen (scharf konturierte) Kerne aufwiesen, während in der oberflächlichen Schicht nur Fragmente von solchen übrig blieben. Die Talg- und Knäueldrüsen waren normal; an den Haarbälgen und deren Anhängen aber liefsen sich die klassischen Zeichen einer follikulären Hyperkeratose konstatieren, die ich heute mit Unna eine suprafollikuläre nennen möchte. Ich fand nämlich die Follikelmündung oberhalb der basalen Schicht geschlossen und die trichterförmige Ausweitung mit Hornlamellen angefüllt, in denen ein zusammengerolltes Haar lag. Diese Erscheinungen, mit Einschlufs der cystischen Erweiterungen, beschränkten sich in einigen Fällen nicht auf die Gegend der trichterförmigen Ausweitung, sondern erstreckten sich auch auf die tieferen Teile des Follikels.

* * *

Diese eben angeführten Thatsachen glaube ich mit besonderem Nachdruck hervorheben zu müssen, weil diese zur Hyperkeratose hinneigende Parakeratose die am meisten konstante und charakteristische Erscheinung des favösen Prozesses zu bilden scheint. Da sich dieselbe, wie ich später des weiteren noch ausführen werde, auch beim skutulösen Favus wieder findet, so bildet sie die hauptsächlichste Bedingung dafür, dafs sich die Pilzvegetation auf der Haut so lange erhalten kann, dafs es zur Bildung mehr oder weniger auffallender Kolonien kommt.

Würde die Parakeratose, welche beim favösen Prozefs unzweifelhaft als eines der wichtigsten histologischen Symptome in die Erscheinung tritt, stets zu einem raschen Abfall der Schuppen führen, wie es bei den epidermalen Trichophytien der Fall ist, so könnte das Achorion offenbar niemals zur Bildung eines Scutulums führen, indem die Anfänge seiner oberflächlichen Vegetation, welche parallel mit der Hautoberfläche verläuft, bald selbst mit den Schuppen abfallen würden; dies um so mehr, als das Achorion auf der Haut nicht so leicht Wurzel fafst, wie das Trichophyton, und keine grofse Neigung zur Ausbreitung zeigt. Zwar könnte es sich allerdings für lange Zeit in den Haarfollikeln ablagern; dann könnte sich aber in denselben ebensowenig, wie an der freien Oberfläche, ein Scutulum bilden, wenn es zu einer Abschuppung der Wandungen der trichterförmigen Ausweitung käme, wie es bei einigen Trichophytiearten wirklich vorkommt.

In der That findet man auch, dafs sich niemals Scutula bilden, dafs

mit anderen Worten der Favus abortiert, wenn der durch den Pilzangriff angefachte oberflächliche Katarrh so ausgesprochen wird, dafs es zu einer wirklichen Exsudation mit raschem Abfall der unvollständig verhornten Epidermisschichten kommt. Ist aber dieser initiale oberflächliche Katarrh ein nur mäfsiger, wie man es auf dem Haarboden im pityriasisartigen Vorstadium der Bildung zahlreicher, gruppierter, intrafollikulärer Scutula beobachtet, dann nimmt der Parakeratoseprozefs einen langsamen Verlauf an, viel langsamer, als beim squamösen Ekzem, bei der Psoriasis etc. Die atypischen Hornschichten neuer Bildung hängen hier viel fester zusammen und fixieren den ersten Vegetationskern, der sich dann bis zur Entwickelung eines Scutulums ausbilden kann.

Diese Neigung zur Hyperkeratose, welche ich histologisch bei beginnenden Favusformen des Kopfes und des übrigen Körpers nachgewiesen habe, bildet demnach die Bedingung zur Bildung des Scutulums, welche diesem nach seinem Zustandekommen gestattet, mit der Haut im Zusammenhang zu bleiben; dies geschieht auch unabhängig von einer kittartigen Wirkung des Pilzes, welche zuerst von UNNA angenommen worden war zur Erklärung der von ihm in der favösen Haut beobachteten Retentionserscheinungen. Aus jenem Grunde kann sich auch das Scutulum sowohl in den Follikelmündungen, wie auf der freien Hautoberfläche bilden. Es ist aber selbstverständlich, dafs es sich leichter in den Follikeln wird entwickeln können, weil die Hyperkeratose der suprafollikulären Schichten und des Infundibulums frühzeitig jede Verbindung nach aufsen abschliefst, so dafs der Pilz gegen auswärtige Schädlichkeiten geschützt wird.

* * *

Hat sich der Pilz einmal im Infundibulum festgesetzt, so wächst er längs der Wurzelscheide weiter. In den äufserst zahlreichen Schnitten, die ich mit verschiedenen Hautstücken von vier Favuskranken angefertigt habe, gelang es mir niemals, die geringste Spur des Pilzes in der Stachelschicht des Follikels nachzuweisen. Dagegen fand ich ihn beständig in der eigentlichen Wurzelscheide, wenn er im Infundibulum vorhanden war; je nach den Fällen erstreckte er sich mehr oder weniger nach der Tiefe, nirgends aber über die Stelle hinaus, wo sich die ersten Spuren von Keratohyalin in der HUXLEYschen Schicht zeigen. Besonders deutlich erschienen diese Verhältnisse in Serienschnitten, die ich parallel zur Hautoberfläche ausgeführt und zuerst mit Alaunkarmin, dann nachträglich mit Gentianaviolett nach der Methode von WEIGERT gefärbt hatte.

Ich fand auf diese Weise stets, dafs sich die reichste Pilzvegetation im hyperkeratotischen Infundibulum vorfand, und zwar auch in jenen Hautstücken, in denen man makroskopisch noch keine Spur eines Scutulums nachweisen konnte. In parallel zur Hautoberfläche und also

senkrecht zur Haarrichtung verlaufenden Schnitten konnte ich mich deutlich versichern, dafs das Mycel nur in der Gegend des Infundibulums, und zwar in dessen engster Partie, direkt bis in die Haarrinde eindringt. Ist das letztere einmal geschehen, so wächst der Pilz in der Richtung der Haarachse weiter. Man findet ihn auch im Innern des Haares, sowohl in dessen extrafollikulären Anteile bis zu einer Höhe von 3—4 cm, als im Wurzelabschnitt bis zu den noch nicht verhornten Zellen des Bulbus; im eigentlichen Bulbus der mit einer Papille versehenen Haare sah ich niemals eine Spur davon.

Ich nehme an, dafs es Dr. WALSCH nicht unangenehm sein wird, zu konstatieren, dafs er mit mir in diesen Einzelheiten vollkommen übereinstimmt, wie es mir auch zur Genugthuung gereicht, meine Untersuchungsresultate durch einen so fleifsigen Beobachter bestätigt zu sehen. In einem Punkte jedoch kann ich seine Ansicht nicht teilen. Er behauptet nämlich, die Pilzvegetation im Haare eine Strecke weit aufserhalb des Follikels verfolgt und sie nicht nur zwischen die dachziegelförmigen Zellen des Oberhäutchens, sondern auch zwischen Cuticula und Rinde, bei vereinzelten sehr affizierten Haaren auch zwischen die Lamellen der Corticalis eindringen gesehen zu haben. Bis zu diesem Punkte sind wir vollständig einig, und danke ich Dr. WALSCH, mich hierbei citiert zu haben. Es scheint aber, dafs er dieses Eindringen des Pilzes zwischen die Lamellen der Corticalis als ein sehr limitiertes, nicht häufiges Vorkommnis betrachtet. Er fügt nämlich hinzu: „Im Gegensatz zum Achorion Schönleinii fanden wir ..... das Trichophyton tonsurans in der ganzen Corticalis des Haares.“ Und doch mufs ich hier erklären, dafs ich auf dem Haarboden unter den Scutula, auch den weniger entwickelten, den Pilz fast immer innerhalb der Haarrinde gefunden habe, wenn die Vegetation in der Wurzelscheide festen Fufs gefafst hatte. Das Achorion wächst reichlich im Innern des Haarschaftes, sowohl in der Wurzel, als aufserhalb des Follikels; hier besteht sein Mycelium aus langen Fäden, welche in einer zur Achse des Haares parallelen oder etwas schiefen Richtung, sowohl in der Peripherie, als im Zentrum der Corticalis verlaufen. Diesem Umstande verdankt wahrscheinlich das Haar seine Resistenz, indem es, obschon vom Pilz durchwuchert, nur in einer gewissen Entfernung vom Follikel abbricht.

Im extrafollikulären Anteile ändern sich die Verhältnisse etwas. Von den zentralen Hyphen gehen kleine Sporenketten und kurze Mycelzweige ab, die in schiefer Richtung nach aufsen zwischen den Zellen der Cuticula eindringen und dieselben aufheben, so dafs das Haar seinen normalen Glanz verliert und brüchig wird. Von der reichlichen Pilzvegetation innerhalb der Corticalis konnte ich mich zuerst an Haaren überzeugen, die mit 40%iger Kalilauge behandelt worden waren; die

schönsten Präparate lieferten aber Schnitte durch die Kopfhaut. In Präparaten von Hautstücken, welche einfach in Alkohol fixiert worden waren, kann das Vorhandensein des Pilzes innerhalb der Rinde ohne eine aufmerksame Untersuchung unbeachtet bleiben, selbst wenn man nach der WEIGERTschen Methode färbt; während sich nämlich die Mycelien des extrafollikulären Abschnittes ziemlich gut färben, bleiben diejenigen innerhalb der Wurzelrinde beinahe ganz ungefärbt. Werden aber die Hautstücke in FLEMMINGscher Lösung fixiert, so zeichnen sich die Pilzelemente auch innerhalb der Corticalis so scharf ab, dafs man sie auch bei ganz oberflächlicher Untersuchung nicht übersehen kann. Doch erhält sich bei Safraninfärbung die rosarote Farbe auch dann nur im extrafollikulären Abschnitte des Haares und auch da nicht vollständig. Die Pilzelemente bleiben aber trotzdem so gut erhalten, dafs keine andere Methode, auch die WEIGERTsche nicht, klarere Präparate zu liefern vermag. Ich empfehle deshalb allen denjenigen, die sich mit Favusanatomie abgeben wollen, ihr Untersuchungsmaterial in FLEMMINGscher Lösung zu fixieren; damit erhält man aufserdem am sichersten Aufschlufs über die histologischen Veränderungen der Epidermis, das Verhalten des Pilzes im Scutulum und seine Beziehungen zur Nachbarschaft.

Bezüglich der zur Hautoberfläche parallelen Schnitte, die ich deshalb empfehlen möchte, weil sie mir sehr schöne und klare Präparate geliefert haben, will ich auf eine Besonderheit derselben aufmerksam machen, welche viel zum Verständnis der Verbreitungsweise des Pilzes in der Corticalis beiträgt. In solchen Schnitten, die ich möglichst senkrecht zur Achse der Follikel auszuführen trachte, sieht man auch in Hautstücken, die in Alkohol fixiert und nach der WEIGERTschen Methode gefärbt wurden, ganz deutlich in der Wurzelscheide die Pilzvegetationen des Achorions in dunkelblauer Farbe; einzelne Mycelfäden dringen in das Innere der Wurzelcuticula ein. Doch erscheint der Pilz in dem den Rindenquerschnitt darstellenden Kreise, obschon er ungefärbt geblieben, ganz deutlich in Gestalt kleiner glänzender, ziemlich zahlreicher, überallhin verbreiteter Punkte, welche offenbar die Querschnitte von Mycelfäden darstellen. In etwas schiefen Schnitten kann man sich dann leicht überzeugen, dafs dies wirklich der Fall ist, da man beim Einstellen des Objektivfocus sieht, dafs diese kleinen Kreise alle dem Ende eines Mycelfadens entsprechen.

Dieser interessante mikroskopische Befund, den man übrigens in meiner Arbeit von 1892 abgebildet findet, wurde von anderen Beobachtern entweder nicht beachtet oder falsch ausgelegt. Nur im Buche von LELOIR und VIDAL sieht man (Taf. XVI. Fig. 2) die Abbildung eines Follikelquerschnittes, der offenbar etwas schief ausgefallen ist, und wo man innerhalb der Haarrinde kreisförmige Gebilde sieht, die bezeichnet werden

mit „poil et spores faviques". Ich muſs aber gestehen, daſs ich in der Rinde eines favösen Haares niemals Sporen in solcher Menge und in solcher Verteilung gesehen habe, wie die Figur angiebt, und nach meiner Ansicht handelt es sich da nicht um Sporen, sondern um Querschnitte von Mycelien.

Dr. WÄLSCH findet also, daſs das Trichophyton im Gegensatz zum Achorion reichlich zwischen den Lamellen der ganzen Corticalis wächst und „dieselbe dabei teils vernichtet, teils auseinanderdrängt und so allmählich das ganze Haar zerstört". Hiergegen erlaube ich mir nun die Bemerkung, daſs der Unterschied zwischen diesen beiden Pilzen denn doch nicht mit diesen einfachen Worten ausgedrückt werden kann. Auch derjenige, welcher die Existenz mehrerer Trichophytonspezies nicht annehmen zu müssen glaubt, muſs doch zugeben, daſs in einigen Fällen das Trichophyton nur ganz wenig oder überhaupt gar nicht in die Corticalis eindringt, indem es sich nur in der Wurzelscheide ausbreitet; diese Thatsache wurde bekanntlich durch SABOURAUD[8] in klarster Weise nachgewiesen. Ich selbst beschäftige mich bereits ein Jahr mit diesen Untersuchungen[9] und habe das Trichophyton in verschiedenen Fällen von Trichophytie des Bartes deutlich ektotrichal gefunden. In anderen Fällen bemächtigt sich das Trichophyton der Corticalis in einer Weise, wie es beim Achorion niemals der Fall ist. Der Unterschied ist jedoch nicht so groſs, wie es WÄLSCH zu glauben scheint. Jedenfalls findet man in einem vom Trichophyton besetzten Haare stets auſserordentlich zahlreiche Sporen und spärliche Mycelien, und gerade dieser Umstand, viel mehr als der Reichtum der Pilzvegetation ist es, der zu seiner Differenzierung vom favösen Haare berücksichtigt werden muſs, indem das letztere reichlicher von Pilzfäden besetzt ist, als ersteres. Im übrigen kann man keine allgemeine Norm zur Unterscheidung des favösen vom trichophytischen Haare aufstellen, weil zwischen den einzelnen Fällen von Trichophytie beträchtliche Unterschiede bestehen bezüglich der Art der Invasion des Pilzes und des Reichtums seiner Vegetation im Haare.

* * *

Über die Art der Ausbildung und des weiteren Verhaltens der Pilzvegetation im Scutulum vertritt UNNA in seinem Buche[10] eine Anschauungsweise, die ganz originell ist und von dem abweicht, was ich beobachtet und genau beschrieben habe. Er meint, daſs sich das Scutulum nach Art einer Kolonie bilde, die sich auf der freien Oberfläche eines künstlichen Nährbodens entwickelt, und die Hornschichten,

---

[8] *Les trichophyties humaines.* Paris 1894.
[9] Diese Zeitschrift. Bd. XXI.
[10] Wie früher in seiner Arbeit: *Drei Favusarten.* Diese Zeitschr. Bd. XIV. No. 1.

welche das Scutulum bedecken und von diesem aufgehoben werden, würden diese Ähnlichkeit keineswegs trüben. Nach UNNA verlaufen die Hyphen, welche im Stratum corneum basale (Basis des Scutulums) liegen, senkrecht nach oben und erhalten reichliche Nahrung von den darunterliegenden Hautschichten. Diejenigen, welche von den Seitenwandungen des Scutulums ausgehen, sind kürzer, und die, welche von der oberen Hornschicht senkrecht nach unten ziehen, sind nur schwach entwickelt, oder es sind deren überhaupt keine vorhanden. Aus diesen Gründen würde die Form des Scutulums, die an sich kugelig ist, eine asymmetrische Gestalt annehmen, d. h. im Zentrum eine Depression erhalten.

Anders ausgedrückt, würde sich also, nach UNNA, wenn einmal die erste Periode des oberflächlichen favösen Katarrhs vorüber und eine sekundäre Periode diejenige der Scutulabildung eingetreten ist, aus einigen dort im Stratum corneum oder in den Infundibulis der Haarbälge zurückgebliebenen Keimen eine andere Vegetation entwickeln. Diese nun würde sich nicht in zentrifugaler Richtung in einer zur Hautoberfläche parallelen Ebene weiter entwickeln, sondern in zentripetaler, d. h. von der Tiefe nach oben, von einer Seite zur anderen und von oben nach der Tiefe. Diese neue Richtung des Pilzwachstums wäre dann das fundamentale Merkmal der Gattung Achorion als Hautparasiten und nicht allein die nötige Bedingung zur Bildung des Scutulums, sondern sie würde auch die mäfsige entzündliche Reaktion erklären, welche das Scutulum stets auf der Haut verursacht; man mufs also annehmen, dafs die leukotaktische Wirkung der Mycelien eine geringe sei, wenn sie sich nicht nach den zelligen Elementen der Stachelschicht hinwenden, sondern eine entgegengesetzte Richtung annehmen. Hier mufs ich aber erklären, dafs aus meinen Präparaten nicht hervorgeht, dafs die Richtung der Pilzvegetation im Scutulum diejenige sei, welche UNNA angenommen hat. Wie ich die Sache auffasse, wächst der Pilz sowohl beim erythematösen, wie beim skutulösen Favus stets in zentrifugaler Richtung, mit dem Unterschiede jedoch, dafs im ersteren Falle das Wachstum in einer Ebene stattfindet, während im anderen der Pilz von einem zentralen Kerne aus nach allen Richtungen ausstrahlt und so die Pilzvegetation eine sphärische Gestalt anzunehmen trachtet, welche aber, allerdings aus rein äufserlichen Gründen, einige Umänderungen erfährt.

Bei meinen vergleichenden Untersuchungen von in verschiedenen Richtungen angelegten Schnitten von Kolonien, die auf Agar aufgewachsen waren, konnte ich mich in den verschiedenen Entwickelungsstadien davon überzeugen, dafs die Pilzvegetation im Zentrum des Scutulums allem Anscheine nach die ältere, in der Peripherie aber, wo sie nur aus Mycelien besteht, die jüngere ist. Gerade dasselbe beobachtet man an der Peripherie von Kolonien auf künstlichen Nährböden. Deshalb mufs

ich auch an meiner früheren Ansicht festhalten, indem mir alle diese Umstände den strikten Nachweis zu liefern scheinen, dafs die Pilzvegetation in zentrifugaler und nicht in entgegengesetzter Richtung stattfindet.

In einem Punkte nähert sich die Ansicht UNNAS der meinigen, nämlich in der Erklärung der Asymmetrie des bereits gebildeten Scutulums und der zentralen Depression seiner oberen Fläche. Ich habe nämlich stets, gestützt auf äufserst zahlreiche Präparate, den Nachweis zu leisten gesucht, dafs die zentrale Vertiefung des Scutulums nicht, wie dies KAPOSI thut, dem Vorhandensein eines zentralen Haares (das übrigens nicht stets vorhanden ist) zugeschrieben werden darf, welches infolge seines Zusammenhanges mit der Hornschicht das Scutulum daran hindert, sich im Zentrum zu heben, wie dies in der Peripherie frei geschehen kann. Meine Präparate zeigen denn auch alle, dafs sich die Kolonie oberhalb des primären, älteren Vegetationskernes viel schwächer entwickelt, als seitlich und unten, und dafs dieser Unterschied noch schärfer wird, je älter das Scutulum ist. Es erscheint mir demnach als unzweifelhaft, dafs die asymmetrische Form des Scutulums diesem von der Entwickelungsweise abhängigen Umstande und nicht äufserlichen Gründen zugeschrieben werden mufs. Auch UNNA findet, wie ich schon gesagt, die Mycelien, welche die verhornte Oberfläche des Scutulums berühren, sehr kurz und dünn und erklärt daraus die Vertiefung, die sich im Zentrum desselben bildet. Indem er also von der Vorstellung eines zentripetalen Wachstums ausgeht, d. h. behauptet, dafs die Pilzelemente in den Wandungen der sie aufnehmenden Höhle Wurzel fassen, um sich von da aus gegen das Zentrum dieser Höhle zu wenden, betrachtet er das Scutulum als eine Kolonie, die sich auf der Oberfläche des Nährbodens ausbildet. Ich aber glaubte, es vielmehr als eine Kolonie ansehen zu müssen, die sich in den Boden, auf dem sie sich entwickelt, einsenkt.

Ich habe in meinen Präparaten gefunden, dafs rings um die Vegetationsmasse des Scutulums eine zuweilen ziemlich beträchtliche Menge exsudierter Flüssigkeit vorhanden ist; diese entsteht in dem darunterliegenden entzündeten Derma und steigt nach oben bis an die Oberfläche; es ist also nur logisch, das Scutulum, das von allen Seiten von dieser Flüssigkeit umgeben ist, als „untergetauchte" Kolonie aufzufassen. Die Flüssigkeit bildet nämlich das Material, aus dem die Pilzvegetation ihre Nahrung schöpft, und da jene natürlich in den oberflächlichen Partien spärlicher ist, so ist es selbstverständlich, dafs hier das Wachstum auch nicht so üppig wie anderorts sein wird. Hat das Scutulum einen gewissen Umfang erreicht, so reicht die Flüssigkeit nicht mehr bis an den oberen Teil des Raumes, in dem sie sich befindet; das Wachstum der Kolonie hört demnach an dieser Stelle auf, und die Höhle selbst trocknet hier aus, bricht auf und legt einen Teil der Pilzvegetation frei.

In der Flüssigkeit, welche die Peripherie der Kolonie umspült, schwimmt eine beträchtliche Menge von Zellendetritus, welcher, wie vor einem Filter, gegenüber dem Mycelknäuel stehen bleibt. In den Präparaten, welche zuerst mit Alaunkarmin, dann mit Gentianaviolett nach WEIGERT gefärbt wurden, sticht deshalb rings um die blaue Favusmasse eine Zone ab, die aus dichtgedrängten, unregelmäfsigen, durch das Karmin rotgefärbten Granulationen besteht und in welche nur die Enden der Mycelfäden eintauchen. Diese Zone habe ich als „Körnerzone des Scutulums" bezeichnet.

Wenn aber die Körner an der Peripherie stehen bleiben, so dringt der flüssige Anteil des Exsudates in das Innere der Kolonie ein, ja ich beobachtete im Innern von sehr grofsen Scutulis der haarlosen Haut, wo ich eine beträchtlichere Exsudation konstatierte, als auf dem Kopfe, zahlreiche gröfsere und kleinere, mit Flüssigkeit angefüllte Hohlräume. Ich habe denn darauf aufmerksam gemacht, dafs diese Hohlräume Aufschlufs geben könnten über das durchlöcherte Aussehen gröfserer alter Scutula des Körpers, wenn sie einen guten Teil der sie überdeckenden Hornschicht verloren haben (Favus suberinus).

Eine andere Thatsache, auf die ich zuerst hingewiesen zu haben glaube, liegt in der konzentrischen Anordnung der Pilzvegetation im Scutulum. Dies scheint nach meiner Ansicht andeuten zu wollen, dafs das Wachstum nicht in kontinuierlicher Art stattfindet, sondern schubweise. Bei jedem neuen Auswuchs von Mycelhyphen gegen die Stachelschicht lodert der entzündliche exsudative Prozefs im Papillarkörper wieder auf, und das Exsudat bewirkt eine vorübergehende Trennung der Pilzvegetation von demselben, indem er sie etwas in die Höhe hebt. Diese Trennung führt zu einem momentanen Stillstand des entzündlichen Prozesses, während welchem sich in den Epidermisschichten unter dem Scutulum eine Reparationsarbeit einstellt; andererseits aber erhält dadurch der periphere Teil des Scutulums neue Nahrung und schickt bald wieder Mycelien aus, wodurch die Entzündung wieder zunimmt. Inzwischen verschwindet die alte Körnerzone, gleichsam durch den Pilz aufgezerrt, und es bildet sich in der Peripherie der letzten Vegetationsschicht eine neue.

In sehr kleinen, interfollikulären Scutulis sind diese Schichten ziemlich regelmäfsig konzentrisch um den ersten Vegetationskern angeordnet. In etwas mehr ausgebildeten Scutulis der Kopfhaut und anderer Körperstellen aber, wo der oberflächliche Anteil weniger üppig wächst, gehen die Schübe nur von der unteren Fläche, zum Teil auch von den seitlichen Partien aus, und so kommt es zur Entstehung immer gröfserer, leicht konkaver Schichten, die sich übereinander lagern. Auf diese Weise bilden sich jene kegelstumpfförmigen Scutula, die bis 1 cm und

mehr hoch werden und in welchen die Schichtenbildung auch makroskopisch nachweisbar ist (Favus turriformis).

Man darf aber nicht vergessen, dafs das Scutulum, wenn es älter wird, nicht blofs mehr Zonen von Mycelirradiationen in einer einzigen Kolonie aufweist, sondern mehrere distinkte, verschieden gruppierte Vegetationszentren, die sich auch wieder übereinander lagern. Man hat es dann in solchen Fällen nicht nur mit einem elementaren, sondern mit einem zusammengesetzten Scutulum zu thun. Hierauf habe ich bereits in meiner Mitteilung von 1892 aufmerksam gemacht, wo ich den übrigens leichtverständlichen Mechanismus zu erklären suchte, nach dem sich die zusammengesetzten Scutula bilden.

* * *

Ich habe die histologischen Veränderungen, welche im Bereiche der Scutula in den Geweben der Haut vor sich gehen, in meiner Arbeit vom Jahre 1892 eingehend beschrieben. Was ich in zahlreichen Hautstücken mit Scutulis in den verschiedensten Entwickelungsperioden, von verschiedenen Patienten und aus verschiedenen Körpergegenden beobachtet habe, steht in seinen Grundzügen in Übereinstimmung mit der Anschauungsweise Unnas, welcher beim chronischen Favus (scutularis) eine erste hyperplastische Periode und ein terminales atrophisches Stadium unterscheidet. Ich betonte die hyperplastischen Erscheinungen bei der favösen Entzündung und legte einen besonderen Wert darauf, das Irrtümliche an der Ansicht Balzers klar zu legen, wonach der favöse Prozefs ein zerstörender, gewöhnlich zur Ulceration der Cutis führender sein soll.[11]

Diese hyperplastischen Erscheinungen lassen sich in der Epidermis gut nachweisen; doch kommt es nicht nur zu einer Proliferation der Stachelschicht mit einer übermäfsigen Entwickelung der interpapillären Fortsätze, sondern auch zu einer Verdickung des Stratum corneum, wie ich dies bereits hervorgehoben. Natürlich wird die proliferative Kraft der Epidermis getrennt, ja an einzelnen Stellen vollständig überwunden durch den Druck, welcher auf das Scutulum ausgeübt wird, indem ja dieses durch einen mächtigen Ring von Hornsubstanz auf der Haut

[11] Die Ulceration der Cutis mufs beim Favus als eine Ausnahme betrachtet werden. Balzer wurde zu dieser irrtümlichen Ansicht verleitet, weil er die Anschauungsweise von Malassez bestätigen zu müssen glaubte, wonach sich der Pilz auch in der Cutis entwickeln sollte. Diese Meinung wird übrigens auch heute noch vertreten im *Handbuche von Leloir und Vidal*, wird aber durch meine zahlreichen Präparate sowohl wie durch Unna und Walsch widerlegt. Ich mufs ferner erklären, dafs mir jene Figuren, welche im *Leloirschen Atlas* als Sporen taxiert werden und welche in grofser Menge zwischen den Bindegewebsfasern der Cutis verteilt sind, absolut nicht den Eindruck von Sporen machen. Ich halte auch das Gesetz für vollständig richtig, welches bereits vor 15 Jahren von Unna aufgestellt worden ist, dafs nämlich der Pilz stets die weichen und saftigen Zellen meidet und gegenüber der lebensfrischen Stachelschicht der Epidermis, der äufseren Wurzelscheide und dem Haarbulbus wie an einer Mauer stehen bleibt. (*Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.* 1880. pag. 175.)

fixiert ist. Dadurch reduziert sich die Epidermis an der Basis des Scutulums, besonders in den von der Peripherie am meisten entfernten Partien, auf eine aufserordentlich dünne Schicht abgeplatteter Zellen, so dafs es selbst in den mit FLEMMINGscher Lösung fixierten Präparate unmöglich wird, das Stratum corneum von der Stachelschicht zu unterscheiden. Doch erscheint auch in diesen Fällen die Epidermis, sowohl im Stratum corneum, als im Stratum mucosum, im Bereiche des peripheren Abschnittes des Scutulums beträchtlich hypertrophiert. Die Verdünnung der Epidermis unterhalb des Scutulums wird übrigens erst permanent, wenn der Prozefs sehr lange Zeit gedauert hat (Atrophie); gewöhnlich ist sie nur ein vorübergehender Zustand, und die Epidermis trachtet unter normalen Verhältnissen, stets sich wiederzubilden, sobald sich ein Stillstand oder eine Abnahme der entzündlichen Erscheinungen im Derma einer- und des Pilzwachstums andererseits einstellt.

Ich kann auch die Behauptung von WÄLSCH nicht unterschreiben, dafs, wenn die Stachelzellen auf eine sehr dünne Schicht reduziert sind, „die Pilze keinen geeigneten Nährboden mehr finden und somit das Ende des Prozesses eintritt, indem das gelockerte Scutulum ausfällt". Ich habe aber die Epidermis so reduziert gefunden, nicht nur an der Basis alter, sondern auch junger Scutula. Der Pilz findet keinen geeigneten Nährboden zum Leben mehr, wenn die Cutis atrophisch geworden ist, und nicht schon dann, wenn blofs die Epidermis verdünnt ist.

Nach meiner Ansicht findet das Wachstum des elementaren Scutulums aus inneren Gründen eine Grenze: hat es einmal seinen gröfsten Umfang erreicht, so bildet sich an seiner Basis die Hornschicht wieder aus und schickt nach oben Fortsätze aus, welche neue Vegetationszentren abgrenzen und sie mit dem primären zu einem „zusammengesetzten" Scutulum verkitten. Hängt dann (wie dies im Zentrum grofser Scutula der haarlosen Haut geschieht) das zusammengesetzte Scutulum nicht mehr so fest mit der Haut zusammen, so kommt es nicht nur zu einer Regeneration des Stratum corneum, sondern auch der ganzen Epidermis, und die Stachelschicht proliferiert reichlich. So sah ich unter einem grofsen Scutulum, das ich aus dem Oberschenkel eines Mädchens entfernte, eine starke Proliferation der Stachelschicht in Gestalt von verzweigten und unter sich anastomosierenden Zapfen, so dafs ein dickes Netz entsteht, wie bei einem gewöhnlichen retikulären Hautkrebs.

Wo hingegen nicht von hyperplastischen Zuständen gesprochen werden kann, das ist in Bezug auf die Talgdrüsen und elastischen Fasern. In äufserst zahlreichen Präparaten von Favushaut aus verschiedenen Körpergegenden, auch bei ziemlich gut konservierten Haaren, war es mir niemals möglich, eine Talgdrüse zu finden. Ich habe mich über diese eigentümliche Thatsache, die ich von keinem anderen Autor

erwähnt fand, in meiner vorhergehenden Arbeit verbreitet und habe sie einer anderen gegenübergestellt, welche von SACK beim Ulerythema sykosiforme angeführt wird. Ich sehe heute mit Vergnügen, dafs auch UNNA und später WÄLSCH dieselbe Abwesenheit von Talgdrüsen konstatiert haben.

Bezüglich der elastischen Fasern mufs man sich über die Rarefizierung, wie dieselbe UNNA und ich selbst beschrieben haben, bei einem entzündeten Gewebe, wie es die favöse Haut ist, nicht wundern. Sie verschwinden eben, wie überall, bei entzündlicher Infiltration. Diese Thatsache erhellt auch ganz deutlich aus Fig. 5 der Arbeit von WÄLSCH, auf welche dieser den Leser hinweist, indem er erklärt, „keine auffallende Verminderung" des elastischen Gewebes gefunden zu haben.

Aufser diesen von mir in der Epidermis beschriebenen Erscheinungen findet UNNA auch hyperplastische Veränderungen im Derma: in der perifollikulären und subpapillären Cutis findet er eine Vermehrung der typischen Plasmazellen in kleinen Gruppen, sowie der Mastzellen und spindelförmigen Zellen. Einen ähnlichen Befund liefern auch meine Präparate, und ich erkenne den Wert desselben vollständig an. Doch bin ich auf Grund der von mir beobachteten und studierten Fälle geneigt, einem anderen histologischen Symptom, das ich besonders hervorgehoben und das von UNNA weniger beachtet wird, mehr Wichtigkeit zuzuschreiben: ich meine die leukofibrinöse Exsudation, die ich stets bei der durch das Achorion verursachten Entzündung beobachtete und die wahrscheinlich der Pilzvegetation das Nahrungsmaterial liefert.

Diese Exsudation findet keine leichte Erklärung in den leichteren, einfach squamösen Formen des erythematösen Favus; doch sind auch hier die Gefäfse des oberflächlichen Netzes erweitert, und in der Epidermis findet man in vielen Zellen der Stachelschicht Höhlenbildungen, in den Übergangsschichten (Parakeratose) Ödem und nachfolgende Hyperkeratose. In den erythemato-vesikulösen Formen ist sodann die Exsudation auch klinisch wahrnehmbar, weshalb man annehmen kann, dafs hier die Höhlenbildung der Zellen eine ausgesprochene und verbreitetere ist, so dafs es zur Bildung von Bläschen mit serofibrinösem und leukofibrinösem Inhalte kommt.

Im Bereiche der Scutula läfst sich bei meinen Präparaten die Exsudation innerhalb der Scutulahöhle deutlich nachweisen, deshalb erscheint auch das Scutulum stets wie aus einer erdigen, etwas feuchten Substanz zusammengesetzt; die Exsudation ist stellenweise auch so reichlich, dafs sich vollständige und eigentümliche Scutula nicht mehr bilden können; man sieht dann, wie ich dies bei zweien meiner Patienten nachweisen konnte, unförmiges, da und dort verbreitetes Pilzgewächs, vom Exsudate umgeben, welches sich selbst in eine Kruste umgewandelt

hat. Aber auch im Cutisgewebe kommen neben den von UNNA angegebenen hyperplastischen Veränderungen untrügliche Zeichen desselben exsudativen Prozesses vor. Ich besitze speziell Präparate von Favus des Körpers, in denen nicht nur die oberflächliche, sondern auch die mittlere Cutis ödematös aufgequollen ist, wobei das Gefäfsnetz und noch mehr die Lymphräume, welche koaguliertes Fibrin enthalten, beträchtlich erweitert sind. Auf dem Haarboden waren dieselben Veränderungen besonders in einem Falle deutlich; hier beeinträchtigte die seröse Imbibition auch beide konsekutiven Scheiden der Follikel bis zu ihrem mittleren Drittel, indem sie auch eine Aufquellung der KÖLLIKERschen Glasmembran, Auflockerung der Stachelschicht mit Höhlenbildung und Einwanderung von Leukocyten in dieselbe verursachte. Dieser histologische Befund würde dann erklären, warum die Favushaare oft von der Stachelschicht des Follikels umgeben sind, wenn sie aus letzterem extrahiert werden.[12]

Ein solcher ödematöser Prozefs, wenn derselbe, wie beim erythematösquamösen Favus, im Beginne des skutulösen und so auch an der Peripherie ziemlich entwickelter Scutula nur mäfsig ist, führt zu einem Ödem der Übergangsschichten des Epithels mit Neigung zu hyperkeratotischen Erscheinungen. Gerade in den ersten Anfängen der Scutulabildung, in Stücken von der Kopfhaut, die mit FLEMMINGscher Lösung behandelt worden waren, wobei die Scutula klinisch noch nicht sehr deutlich wahrnehmbar waren, gelang es mir, die schönsten Präparate dieser „suprafollikulären Hyperkeratose" herzustellen, welche nach meiner Ansicht so charakteristisch ist für den favösen Prozefs und welche bekanntlich zur cystischen Erweiterung einiger Follikel mit Retentionserscheinungen führt. Deshalb habe ich mit Vergnügen die Bemerkung UNNAS im Kapitel über die suprafollikuläre Keratose (*Histopathologie.* pag. 297) gelesen, wo er sagt: „Mit Bezug auf den suprafollikulären Charakter der Veränderungen, die Retentionserscheinungen, die annähernd cylindrische Erweiterung des Trichters, die Haarspirale, die Krümmungen und Knickungen des Balges und sonstige Deformationen sekundärer Natur . . . hat die Keratosis suprafollicularis sogar mehr Ähnlichkeit mit dem Favus, als mit den meisten übrigen Keratosen, und dürfte mit diesen somit histologisch nicht leicht zu verwechseln sein."

[12] Die Haare werden besonders dann mitsamt der Stachelschicht des Follikels ausgezogen, wenn die Epilation mittelst Teerpflaster vorgenommen wird, weshalb ich diese Methode derjenigen mit der Pinzette vorziehe. Ich hebe hervor, dafs das aufgequollene durchscheinende Aussehen der Haarwurzel in diesen Fällen von dem Vorhandensein der Stachelschicht des Follikels an demselben abhängt. BALZER spielte offenbar auf diese Thatsachen an, als er das „durchsichtige, wie ödematöse Aussehen des Follikels beim Aussehen des Haares" beschrieb. Es müfste denn sein, dafs er irrtümlicherweise den Follikel, statt seiner Stachelschicht oder äufseren Wurzelscheide, die hier allein in Frage kommt, nannte. Dieselbe Unrichtigkeit findet man im Werke von LELOIR und VIDAL. pag. 365.

Unna bemerkt an anderer Stelle (pag. 293) ganz richtig, dafs bei der Hyperkeratosis follicularis nur in wenigen Fällen eine allgemeine Verdickung der oberflächlichen Hornschicht vorkommt, und deshalb möchte ich, in Übereinstimmung mit dem oben Gesagten, hervorheben, dafs der favöse Prozefs gerade einen dieser wenigen Fälle repräsentiert. In meiner Mitteilung vom Jahre 1892 beschrieb ich auch oberflächlich die Hyperkeratose, und in Bezug auf diese piläre Keratose bemerkte ich, dafs sie auch in Follikeln vorkomme, die nicht vom Pilze eingenommen sind. Mit derselben erklärte ich denn auch die Retentionsphänomene, welche Unna eine Zeitlang einer gewissen verkittenden Wirkung des Achorions zuzuschreiben geneigt war.

* * *

Für die letzte atrophische Phase des favösen Prozesses lieferten mir die schönsten Präparate Hautstücke vom Haarboden eines meiner Patienten, die mit Flemmingscher Lösung oder absolutem Alkohol behandelt worden waren.

Wo die Atrophie einen höheren Grad erreicht, Epidermis und Cutis aufs äufserste reduziert sind, fehlen nicht nur die Talgdrüsen, sondern auch die Follikel. Die elastischen Fasern hingegen, welche an anderen Stellen vollständig fehlen, sind in der Tiefe in der Gegend der Schweifsdrüsenknäuel ziemlich entwickelt und bilden eine kontinuierliche, sehr dichte und leicht erkennbare Schicht. Die Knäueldrüsen sind zwar in ihrem Volumen reduziert, sind aber noch vorhanden, regelmäfsig angeordnet und liegen auf der subkutanen Schicht.

Diese Erscheinungen trifft man in atrophischen Plaques, die nun keine Scutula mehr tragen, man findet sie aber auch unterhalb alter Scutula des Haarbodens. Hieraus geht hervor, dafs das Scutulum längere Zeit auch auf bereits atrophischer Haut verweilen kann. Allerdings wächst, nach meiner Ansicht, in solchen Fällen das Scutulum nicht mehr weiter, weder als einfache, noch als zusammengesetzte Kolonie, sie verbleibt vielmehr an Ort und Stelle, wie ein lebloser Körper, solange der periphere Hornring besteht, d. h. solange an der Peripherie ein leichter entzündlicher Zustand fortdauert, dessen Endresultat eine zur Hyperkeratose führende Parakeratose ist.

Das Scutulum übt jedoch auch als inerte Masse einen gewissen Druck auf die darunterliegenden Gewebe aus. Wenn die wahren favösen Atrophien (welche ohne Dazwischenkunft anderer komplizierender Faktoren zu stande kommen, die unter Umständen zu Ulceration und daher zu Narbenbildung führen) hauptsächlich auf der Kopfhaut beobachtet werden, und hier besonders in den zentralen Partien, so hängt dies von der starken und ganz besonderen Struktur des Unterhautzellgewebes in dieser Region ab, welches mit der Schädelaponeurose in intimem Zusammen-

hange steht. Aus diesem Grunde, und weil die Kopfhaut direkt oder beinahe direkt auf der festen Knochentafel aufliegt, wird dem Drucke des Scutulums ein gröfserer Widerstand, als an anderen Körperteilen, entgegengesetzt; darunter leidet die Cutis und Epidermis, welche sich eingeklemmt finden zwischen dem Drucke des Scutulums und dem Widerstande der darunterliegenden Schichten.

Alle diese Dinge wurden in meiner Arbeit vom Jahre 1892 ausführlich auseinandergesetzt, und es freut mich, heute konstatieren zu können, dafs sie des genauen erwähnt werden in der Dissertation von HAUBWITZ,[13] welche im selben Jahre erschienen ist und in welcher mit gröfster Klarheit und Genauigkeit die histologischen Untersuchungen, welche Verfasser über die Favushaut gemacht hat, dargestellt sind.

Offenbar ist dieser während sehr langer Zeit auf die entzündete Haut ausgeübte Druck die notwendige Bedingung zur Entstehung der favösen Atrophie. Wo nämlich das Scutulum nicht sehr fest adhäriert, wie dies bei den sehr grofsen Scutulis auf der Haut der Gliedmafsen geschieht, beobachtet man gar keine Atrophieerscheinungen, wenn auch die Haut beständig und dauerhaft vom entzündlichen Prozesse befallen ist. So trat bei einer meiner Patientinnen, welche auf den Oberschenkeln gewaltige skutulöse Massen zeigte, nach einer passenden Behandlung vollständige Heilung ohne Spur von Atrophie ein, obgleich nach Entfernung der Scutula behufs Vornahme der Behandlung die darunterliegende Haut heftig entzündet war und bei der mikroskopischen Untersuchung, sowohl in der Cutis, als in der Epidermis, die schwersten Veränderungen aufwies, zu denen der favöse Prozefs führen kann.

Weil durch nichts erwiesen ist, dafs die favöse Dermitis ein an sich atrophierender Prozefs sei, so wäre es auch nicht logisch, den Favus in die Klasse der Ulodermiten zu verlegen, wie dies TOMMASOLI in der ersten Auflage seiner Klassifikation that.[14] Ich wollte den favösen Prozefs demjenigen bei den Ulerythemen, speziell dem Ulerythema sykosiforme gegenüberstellen wegen gewisser histologischer Besonderheiten, die nach meinen Beobachtungen beiden gemeinschaftlich sind, und habe mich dabei auf die Arbeit von SACK berufen.[15] Diese Gegenüberstellung habe ich aber gerade deshalb gemacht, um zu beweisen, dafs trotz einer gewissen Ähnlichkeit der Form die beiden Prozesse substantiell verschieden sind.

Es freut mich zu sehen, dafs TOMMASOLI nach einer Beobachtung, die ich ihm mitgeteilt habe, in der zweiten Auflage seiner Klassifikation[16]

---

[13] SIGISMUND HAUBWITZ, *Ein Beitrag zur Pathologie des Favus*. Inaug.-Dissert. Breslau 1892.

[14] *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1891. Heft III.

[15] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XIII. No. 4—5.

[16] Über autotoxische Keratodermiten. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Ergänzungsheft 1. 1893. Bd. XVII.

den Favus aus der Klasse der Ulerytheme herausgenommen und in diejenige der Keratodermiten eingereiht hat, was in vollständiger Übereinstimmung mit meinen histologischen Untersuchungen steht.

Auch UNNA, der meine Arbeit von 1892 nicht kannte, macht denselben Vergleich wie ich zwischen dem Favus und dem Ulerythema sykosiforme, ebenfalls um klarzustellen, dafs dieses mit jenem nicht identifiziert werden könne. „Das favöse Plasmom (*Histopathologie.* pag. 388) ist dichter gebaut, und an seine Stelle tritt nach der Abheilung wieder kollagenes Gewebe, wenn nicht äufsere Momente, wie der am Schädel besonders wirkende Druck der Scutula dieses verhindern. Der Atrophie der Ulerytheme kann man nicht vorbeugen, sie folgt der spontanen und künstlichen Heilung; die Ausbildung der favösen Atrophie der Cutis zu verhindern, hat man dagegen in seiner Hand durch frühzeitige Entfernung der Scutula, ehe sie noch den Druckschwund der infiltrierten Cutis bewirken können." Mit diesen Worten wiederholt UNNA dieselben Dinge, die ich bereits erwähnt hatte, und es freut mich, dafs wir über diese Frage, unabhängig voneinander, zu denselben Schlüssen gelangt sind.

Soll ich nun zur Bequemlichkeit derjenigen, welche über den favösen Prozefs nur das wichtigste zu vernehmen wünschen, zusammenfassen, was ich in der vorliegenden Schrift klarlegen wollte, so würde ich sagen:

1. Der Favus besteht aus einer mit leukofibrinöser Exsudation verbundenen Entzündung, die sich durch eine besondere Neigung auszeichnet, oberflächliche oder follikuläre Hyperkeratose zu erzeugen.

2. Die Hyperkeratose bildet die Bedingung, welche das Festsetzen der Pilzvegetation im Stratum corneum möglich macht. Die charakteristische Eigenschaft des Achorions, auf der Haut Kolonien in Form von Scutulis zu bilden, ist weiter nichts, als die Folge der besonderen Reaktionsweise der Epidermis bei der Pilzinvasion.

3. Die favösen Atrophien sind das Resultat des Druckes, welchen die Scutula sehr lange Zeit hindurch auf die entzündete Haut ausüben, und hängen keineswegs ab von einer deletären Wirkung des Plasmoms, das sich im Gewebe der Cutis entwickelt.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Bern [Schweiz].)

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 31. Dezember 1895.

(Originalbericht von L. HOFFMANN-Berlin.)

1. Herr LITTEN: Fall von **Hepatitis interstitialis diffusa syphilitica.** Unter allen syphilitischen Erkrankungen sind es diejenigen der inneren Organe, die den Syphilidologen am seltensten zur Beobachtung kommen, da solche Patienten die

inneren Kliniken meistens aufsuchen. Es ist daher naturgemäfs, dafs die inneren Kliniker mehr Erfahrungen darüber haben. Unter den syphilitischen Erkrankungen, der inneren Organe sind die der Leber die häufigsten. Von diesen sind fünf Formen bekannt: 1. die Perihepatitis syphilitica; 2. die syphilitischen amyloiden Erkrankungen 3. die syphilitische Lebercirrhore; 4. die gummösen Erkrankungen und 5. die Hepatitis syphilitica diffusa interstitialis.

Die erste Art, nämlich die Perihepatitis syphilitica, ist die häufigste und durch die Neubildung des Bindegewebes auf der Leber charakterisiert. Die Leber ist dabei leicht abtastbar, und das feste Bindegewebe kommt bei anderen Krankheiten in dieser Stärke nicht vor. Diese Erkrankung führt zu Verwachsungen der Leber mit dem Zwerchfell und mit der Oberfläche der Bauchhaut. Diese Verwachsungen kann man dadurch konstatieren, dafs die Leber nicht verschiebbar ist. Ferner findet man als Symptome der Affektion: Reiben, Knarren, Ledergeräusche und Schmerzen. Anatomisch unterscheidet sich diese syphilitische Affektion von der Perihepatitis non syphilitica durch nichts, wenn sich nicht bei der Obduktion noch andere syphilitische Symptome ergeben. 2. Die syphilitischen amyloiden Erkrankungen der Leber unterscheiden sich ebenfalls nicht von den anderen amyloiden Erkrankungen, ebenso giebt es für die dritte Form, die syphilitische Lebercirrhose, kein wesentliches Merkmal. 4. Die gummöse Form ist leichter erkennbar; es kommen dabei ganz kleine bis apfelgrofse Tumoren vor, die meistens am unteren Rande der Leber sitzen und leicht palpierbar sind, die Diagnose ist jedoch nicht in allen Fällen leicht; so beobachtete L. eine Patientin, die zu ihm mit Ödemen, Ascites etc. kam. Bei der Untersuchung ergab sich ein Tumor an der Parotis, einer am Sternocleidomastoideus und einer am linken Humerus. Dieselben waren spindelförmig, bis kindskopfgrofs; alle waren sehr hart und von glatter Oberfläche. Bei der Untersuchung der Leber zeigte sich an der unteren Fläche ein steinharter Tumor mit einer Strahlenbildung und einer Delle. L. hielt die Tumoren für Chondrosarkome. Eines Tages entstand eine Spontanfraktur des Arms. Nach einiger Zeit konnte man feststellen, dafs die Tumoren an der Parotis und am Sternocleidomastoideus geschwunden waren. Die Kranke wurde schwanger, und da die Ödeme wieder zunahmen und sich mehr Albumen im Urin zeigte, so wurde eine künstliche Frühgeburt eingeleitet, an der die Patientin zu Grunde ging. Bei der Obduktion ergab sich, dafs die Gestorbene an Lues gelitten hatte und dafs der Tumor an der Leber ein grofses Gumma war. Es zeigte sich noch ein Gummaknoten an der oberen Fläche der Leber. Die fünfte Form ist die Hepatitis interstitialis diffusa syphilitica, auch diffuses Syphilom genannt. Solche Fälle sind von Wagner, Trousseau, Gabler, Rindfleisch etc. beschrieben. L. hat drei Fälle beobachtet und glaubt, dafs es sich bei dem vorzustellenden Fall darum handelt. Anatomisch findet man in solchen Fällen, dafs an Stelle der Leberkonsistenz die Zellen durch straffes Bindegewebe ersetzt werden, das nicht die Tendenz zur Schrumpfung zeigt. Charakteristisch ist die Konsistenz; die Leber ist so hart, dafs Trousseau die Härte mit Schuhsohlenkonsistenz verglichen hat, während L. sie mit Elfenbein, sowohl was Härte als Glätte betrifft, vergleicht. Die Krankheit entwickelt sich allmählich ohne Schmerzen und ohne Beschwerden. Der Verlauf hängt davon ab, wie der Prozefs weiter fortschreitet; es kann Icterus, Ascites, Melaena etc. eintreten, je nachdem die Gallengänge oder die Pfortader komprimiert werden. Der vorgestellte Patient hat sich im Jahre 1870 infiziert und ist darnach spezifisch behandelt worden. Erst vor zwei Jahren ist ein Recidiv im Halse eingetreten. Vor acht Wochen kam er in Ls. Beobachtung, und damals wurde die Härte der Leber konstatiert. Nach dem Gebrauch von Sublimatinjektion und Jodkalium fühlt sich der Patient etwas wohler, allein L. kann weder eine Abnahme der Gröfse noch der Härte der Leber konstatieren. Aus den

Bewegungen der Leber bei der In- und Exspiration kann man auch noch feststellen, dafs eine Verwachsung der Leberoberfläche mit dem Zwerchfell besteht; eine solche mit der Bauchoberfläche ist nicht vorhanden.

2. Herr JOSEPH: Fall von **Tuberculosis verrucosa cutis** der rechten Hand. Patient hat wahrscheinlich in der Jugend eine Osteomyelitis des Metacarpus gehabt, aus der sich dann die Tuberkulose entwickelt hat. Der Fall ist deswegen interessant, weil der Prozefs nach täglichen subkutanen Injektionen von 0,005 Pilokarpin beinahe geheilt resp. gebessert ist. Herr JOSEPH zeigt die Abbildung des in den *Annales de Dermatologie et Syphilis*, Juli 1895, von ADENOT beschriebenen Falles und giebt an, dafs dieser Fall vor den Pilokarpininjektionen ebenso ausgesehen hat.

Herr MEISSNER hat den ganzen Verlauf der Behandlung dieses Falles mit Pilokarpininjektionen von WALDSTEIN gesehen und beobachtet, dafs ein Zerfall der Tuberkelknötchen eintrat.

Herr LEWIN hat früher bei Syphilitischen Pilokarpininjektionen gemacht und Heilungen ohne Recidive gesehen, allein er hat von dieser Behandlungsmethode Abstand genommen, da bei Herz- und Lungenkranken sehr leicht Kollapszustände auftraten.

3. Herr JOSEPH: Fall von **Ulcus molle** am Finger. Patient hatte Ulcera mollia am Sulcus coronarius glandis, die nach der NEISSERschen Methode mit Acidum carbolicum behandelt und darnach geheilt sind. Vor drei Wochen hat er sich an der Hand verbrannt, und er ist wohl an der verbrannten Stelle mit den Ulcera mollia in Berührung gekommen, denn es hat sich jetzt ein Ulcus molle am Finger ausgebildet. Charakteristisch für das Ulcus molle ist auch die Erkrankung der Kubitaldrüsen, während beim Ulcus durum an den Fingern die Axillardrüsen anschwellen.

Diskusison: Herr LEWIN bemerkt dazu, dafs die Axillardrüsen nur bei oberflächlichen Erkrankungen der Finger, bei tieferen die Kubitaldrüsen affiziert werden. Was die Karbolbehandlung beim Ulcus molle anbetrifft, so ist NEISSER nicht der Erste gewesen, der diese angewandt hat; sie ist durchaus nichts Eigentümliches, da man Ulcera mollia auch auf andere Weise gut heilen kann.

Herr MANKIEWITZ erinnert sich, dafs die von NEISSER angegebene Karbolbehandlung beim Ulcus molle schon vor sieben Jahren in Strafsburg angewandt wurde. Herr LEDERMANN erwähnt, dafs die Karbolbehandlung in Breslau schon mindestens sieben Jahre lang in Gebrauch ist. Er hat das Formalin mit gutem Erfolge benutzt, doch mufs man vorher wegen der grofsen Schmerzhaftigkeit Kokain einpinseln.

4. Herr JOSEPH: Fall von **Trichophytie**. Der vorgestellte Knabe zeigt eine typische Erkrankung der Kopfhaare, die man mit dem Namen Alopecia areata belegt. Bei dieser Affektion ist die Frage noch nicht entschieden, ob es sich um eine Trophoneurose oder um eine parasitäre Erkrankung handelt. J. neigt sich der ersteren Form zu, doch glaubt er, dafs es auch Fälle parasitärer Natur geben kann, wie dieser vorgestellte Fall beweist. Er habe Gelegenheit gehabt, nachdem er diesen Knaben längere Zeit behandelt habe, den Bruder, Vater und Mutter des Kindes zu untersuchen, wobei sich ergab, dafs letztere drei an Herpes tonsurans litten, so dafs er annehmen mufs, dafs die Erkrankung bei dem Knaben ebenfalls parasitär ist. Nach dem Gebrauch von Chrysarobin ist die Affektion bei Vater und Mutter geheilt, bei dem etwas gröfseren Bruder des vorgestellten Kranken wesentlich gebessert. Wir haben es also hier mit einem Fall von Herpes tonsurans des behaarten Kopfes zu thun, der unter dem klinischen Bilde der Area Celsi aufgetreten ist.

Diskussion: Herr LEWIN hat die Affektion gleich für Trichophytie gehalten; er habe viele derartige Fälle gesehen.

Herr ROSENTHAL glaubt, dafs die Diagnose Alopecia areata falsch wäre; es

kann ja eine äufsere Ähnlichkeit vorhanden sein, aber klinisch ist der Fall nicht Alopecie.

Herr LEDERMANN will nur bemerken, dafs das Chrysarobin auch für Alopecie ein sehr gutes Mittel ist.

5. Herr JOSEPH: Fall von **hereditärer Lues**. Die vorgestellte Dame soll seit einem Jahre erkrankt sein; in der Kindheit ist hereditäre Lues wahrscheinlich gewesen, denn sie hat am Gaumen ein perforiertes Zentrum. Dennoch hat sich bis zu ihrer Verheiratung nichts weiter gezeigt. Nach derselben, und man mufs an eine Infektion durch den Mann denken, hat sie mehrere Aborte gehabt, und dann hat sich ein Lupus erythematodes discoides ausgebildet. Eine Behandlung von 20 Injektionen von Tuberkulin hat gar keinen Erfolg gehabt. Dagegen scheint der Lupus sich nach Anwendung von Quecksilberpflaster etwas gebessert zu haben. Vor einiger Zeit war noch eine linksseitige Hemiplegie eingetreten, die aber wieder zurückgegangen ist.

Herr LEWIN bemerkt hierzu, dafs er glaube, dafs es sich nicht um hereditäre Lues handele, da die charakteristischen Zeichen derselben, wie Keratitis und die Zahnaffektion, fehlen.

6. Herr LEWIN stellte einige Fälle von **Lues** vor, von denen der erste neben einzelnen Geschwüren ein annuliertes Exanthem (Herpes iris et circinatus) zeigt. An der Zunge kann man zwei Tumoren konstatieren, doch zeigen sie nicht die Erscheinungen der Gummata. Er glaubt vielmehr, dafs, da bei der Atrophie gleichzeitig Hypertrophie eintritt, dieselben eine Hyperplasie für die untergegangenen Balgdrüsen darstellen.

Herr ROSENTHAL hielt den Hautausschlag für eine Irisform mit zentraler Papel.

Der zweite Fall, den Herr LEWIN vorstellt, betrifft eine Frau, die sechs lebende Kinder geboren hat, dann sind 2 Aborte erfolgt; dieselbe zeigt jetzt eine Psoriasis an den Streckseiten. Wenngleich die syphilitische Psoriasis nur an den Beugeseiten vorkommt und sich als punctata, gyrata, annulata darstellt und die vulgäre nur an den Streckseiten zu finden ist, so schliefst er doch aus der bestehenden Zungenatrophie und aus der charakteristischen braunroten Farbe auf eine syphilitische Psoriasis, wofür auch der Erfolg der antisyphilitischen Therapie spricht.

Der dritte vorgestellte Fall zeigt am Maleolus externus einen Tumor, der schwer zu unterscheiden ist, ob es sich um ein Gumma oder ein breites Kondylom handelt. Würde es ein breites Kondylom sein, so würde es nach der Dauer des Bestandes schon zerfallen sein, folglich handelt es sich um ein Gumma. Am übrigen Körper treten auch noch andere Ulcerationen auf.

7. Herr FRANK: Zur **Behandlung der Hyperidrosis**. Unter den neueren Mitteln für die Hyperidrosis stehen die gechlorten Ätherverbindungen und dann die Präparate der Methylsäure obenan; er wollte auf das Formalin aufmerksam machen, das in einer 10—20% spirituösen Lösung sehr bald Schweifse zum Schwinden bringt. Von MERCK in Darmstadt ist ein Präparat: Tannoform (bestehend aus Formalin und Tannin) in den Handel gebracht, das ein Pulver darstellt und welches bei Hyperidrosis und Bromidrosis beim Aufstreuen sehr günstige Wirkungen zeigt. F. hat es in ca. 50 Fällen mit ausgezeichnetem Erfolge, besonders bei den stinkenden Fufsschweifsen angewandt. Es thut weiter nichts, als dafs es eine adstringierende und gegen die Ameisensäure antiseptische Wirkung ausübt.

Gesellschaft der Charité-Ärzte in Berlin.

Sitzung vom 7. November 1895.

(*Dtsch. Med.-Ztg.* 1895. No. 96.)

Über hereditär-luetische Hornhautentzündungen spricht BUSCHARDT. Redner schildert das Krankheitsbild und geht dann auf die HUTCHINSONsche Trias

ein, dabei genau die Zahndeformitäten darstellend. Das gleichzeitige Vorkommen anderer hertiärer Erscheinungen an den Knochen, am Kniegelenk kennzeichnet die Keratitis als ein teriäres Symptom. Gute Heilerfolge hat der Redner mit Quecksilber, aber auch mit grofsen Dosen Jodkalium (5—8 g pro die) erzielt. In der Diskussion bestreitet G. Lewin die Bedeutung der Zahndeformitäten. Die Keratitis interstitialis komme auch bei Skrophulose und Tuberkulose in gleich charakterischer Form vor.

Über Lepra spricht Wassermann auf Grund der Beobachtung von zwei Fällen im Institut für Infektionskrankheiten, von denen einer vorgestellt wird. Vortragender macht auf die symmetrische, den Hautnerven entsprechende Verteilung der Knoten aufmerksam und schildert den bisherigen Verlauf der Krankheit. Das Mikroskop ergiebt massenhafte Bacillen. Diese grofse Menge, die prall mit Bacillen gefüllten Leprazellen, wie die Färbbarkeit der Bacillen mit einfachen wässerigen Anilinfarben unterscheidet die Leprabacillen von den Tuberkelbacillen. Unnas Ansicht über die Lage der Leprabacillen kann der Vortragende nicht zustimmen. Die Lepraendemie in Memel spricht gegen die Verbreitung durch Heredität. Kontagiosität ist wahrscheinlich, aber bisher nicht sicher erwiesen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 6. Juli 1894.

(*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 46.)

Lupus oder Syphilis? Heymann demonstriert die Präparate eines wiederholt vorgestellten Falles. Er betrifft ein junges Mädchen, das Affektionen der Hand, im Gesicht, im Kehlkopf und Rachen zeigte, die teils als luetisch, teils als lupös aufgefafst wurde. Die Patientin starb schliefslich nach einer wegen Kehlkopfstenose ausgeführten Tracheotomie an einer tuberkulösen Meningitis. Virchow erklärte die vorhandenen Veränderungen an der Zunge für tuberkulös, dagegen die Narbenbildung im Kehlkopf als zweifellos luetisch. Die nähere Betrachtung ergiebt, dafs wahrscheinlich alle Affektionen ursprünglich luetischer Natur waren und die Tuberkelbacillen sich erst sekundär angesiedelt haben. Dafs das vorkommt, beweist ein vorgestellter Fall, wo ein zweifellos gummöses Geschwür am Augenlid später tuberkulösen Charakter annahm, was durch den Befund von Tuberkelbacillen sichergestellt ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr.

Sitzung vom 18. November 1895.

Über Luesbehandlung spricht Caspary, sich anlehnend an die Ausführungen, welche er als Referent auf dem Kongresse in Graz gemacht. Es handelt sich nur um die chronisch-intermittierende Syphilisbehandlung. Der Vortragende hat anfangs nur widerwillig das Referat für Graz übernommen, sich aber allmälich um so eher damit befreundet, als er aus Gesprächen mit Kollegen ersehen, dafs dieselben dem Thema wenig Aufmerksamkeit bisher geschenkt haben. Seine eigenen Erfahrungen zusammenzustellen, hält der Vortragende wegen der Verschiedenheit der Fälle und der verschiedenen Bedingungen, unter welchen die Kranken leben, nicht für zweckmäfsig. Der Vortragende ist mit seinen Erfolgen nicht zufrieden, aber den anderen geht es nicht besser, stellt doch Fournier von Jahr zu Jahr immer weitergehende Forderungen. So überzeugt der Vortragende von der Bedeutung des Mercurs ist, hat er doch viele ungünstige Ergebnisse erlebt. Das Quecksilber als Antidotum des Virus syphiliticum anzusehen, liegt nahe, jedoch kennen wir Fälle, wo chronische Quecksilberkranke von Syphilis ergriffen wurden oder trotz noch anhaltender Ausscheidung des Quecksilbers neue Schübe kamen. Caspary giebt Quecksilber, weil Kranke mit

schweren Erscheinungen durch dasselbe geheilt sind. Seine Kranken befinden sich bei der rein symptomatischen Behandlung meistens sehr gut und haben nicht infiziert. Nur bei schweren Recidiven behandelt der Vortragende nach Fournier, um den Organismus eine Weile frei zu halten von Recidiven und ihm Zeit zu geben, sich zu erholen. Ohne Erscheinungen leitet er sonst nur vor der Verheiratung eine Kur ein. Dieselbe hat den Zweck, etwa bevorstehende Recidive hinauszuschieben, die Vererbungsfähigkeit herabzusetzen, bis dieselbe mit der Zeit von selbst erlischt. Wenn der Mensch als Zeugungsapparat allein in Frage käme, würde der Vortragende gegen die Fournier'sche Behandlung nichts einzuwenden haben. So aber liegt ihm der Kranke mehr am Herzen, als seine etwaigen Kinder. Bei seinen jahrelang beobachteten Kranken hat er hereditäre Syphilis kaum gesehen. Für die Puellae publicae ist der Vortragende mit der chronisch-intermittierenden Behandlung einverstanden, um die Rückfälle aufzuschieben und dadurch die Übertragungsmöglichkeit zu vermindern. Der Vortragende geht dann auf eine Reihe von Gründen gegen die chronisch-intermittierende Behandlung der Syphilis näher ein. Die Gewöhnung an Quecksilber hebt die Wirksamkeit desselben auf. In manchen Fällen schaden die Merkurialkuren bei manifester Syphilis, so bei Geschwüren, bei Keratitis etc. Endlich schwächen dieselben den Organismus, was gegen den Satz „nil nocere" verstößt. In Hinsicht auf letztgenannten Punkt hat der Vortragende in jüngster Zeit einen experimentellen Versuch gemacht, festzustellen, inwieweit der Merkurgebrauch die Disposition zur Tuberkulose erhöht, an der ja viele Luetische später zu Grunde gehen. Der Versuch sollte zeigen, ob merkurialisierte, nicht heruntergekommene Tiere zugänglicher für das Tuberkelgift sind, als nichtmerkurialisierte. Es wurden zu dem Zwecke zwölf gleichartigen und unter gleichen Bedingungen lebenden Kaninchen 30 Tage lang subkutan täglich $^1/_2$ mg Sublimat injiziert. Die Tiere behielten in der Zeit dasselbe Gewicht, der Hämoglobingehalt ihres Blutes blieb unverändert. Nach 30 Injektionen wurde allen in die vordere Augenkammer eine Reinkultur von Tuberkelbacillen eingeimpft; die Miliartuberkulose am Auge entwickelte sich bei allen Tieren in gleicher Weise. Drei Monate darauf wurden dieselben getötet: eins war zufällig schon früh durch Sepsis zu Grunde gegangen. Es stellte sich dann heraus, daß von sechs merkurialisierten Tieren drei hochgradigere tuberkulöse Erkrankung zeigten, während die Tuberkulose bei den nicht merkurialisierten fünf Kaninchen, ebenso wie bei den übrigen drei merkurialisierten Tieren weniger ausgesprochen war. Der Vortragende giebt zu, daß dieses Ergebnis nicht viel beweise, aber es rege doch zum Nachdenken an.

Sitzung vom 2. Dezember 1895.

Über die Methode der Luesbehandlung spricht Jessner, anknüpfend an den in der letzten Sitzung von Herrn Professor Caspary gehaltenen Vortrag. Er bekennt sich als Anhänger der chronisch-intermittierenden Therapie und sucht die von den Gegnern erhobenen Einwände zu widerlegen. Zunächst stützen sich dieselben auf eine optimistische Auffassung der Syphilis, eine große Zahl der Fälle heile schnell ohne Folgen aus, folglich könne man nicht alle Syphilisfälle als latente betrachten und behandeln. Demgegenüber betont der Vortragende, daß wir absolut keinen Anhaltspunkt haben, um die latenten Syphilisfälle von den geheilten zu trennen, und daß wir deshalb bei dem insidiösen Charakter der Syphilis richtiger handeln, wenn wir a pejore ausgehen, unser Handeln den latenten Fällen anpassen, vorausgesetzt, daß die dazu empfohlene chronisch-intermittierende Behandlung Nutzen und keinen Schaden bringt.

Die zum Beweise des Nutzens von Fournier, Neisser-Marschalko, Ehlers aufgestellte Statistik hält der Vortragende für nicht wertlos, aber doch für anfechtbar. Er stützt sich zum Beweise des Nutzens nur auf die von Caspary nach drei

Richtungen zugegebenen günstigen Einwirkungen des Quecksilbers auf die Syphilis. Erstens vermag das Quecksilber die jeweiligen Äußerungen der Syphilis zum Schwunde zu bringen; zweitens schiebt es die Eruptionen auf; drittens vermindert es die Vererbungsfähigkeit. Betreffs dieser drei Eigenschaften des Quecksilbers stimmt der Vortragende Caspary vollkommen zu, kommt aber auf Grund derselben zu einem entgegengesetzten Schlusse. Das zweifellose Vorhandensein von Syphilisresiduen in Drüsen, Haut etc. erheischt, daſs man nicht nur das Quecksilber anwendet, solange makroskopisch sichtbare Erscheinungen vorhanden sind, sondern weit über diese Zeit hinaus. Die Fähigkeit des Quecksilbers, die Anfälle aufzuschieben, ist ein Motiv für eine Reihe intermittierender Kuren für alle Patienten, nicht nur für die Puellae publicae. Jeder Luetiker mit kontagiösen Erscheinungen ist eine Infektionsquelle nicht nur für diejenigen, mit welchen er sexuell verkehrt, sondern für seine ganze Umgebung. Durch Hinausschieben der Eruptionen schont man den Patienten, vermindert die Eruptionsmöglichkeit und läſst der Syphilis Zeit, alt und altersschwach zu werden. Wenn Caspary die Herabsetzung der Vererbungsfähigkeit der Lues durch Quecksilber zugiebt, so ist das eine Indikation für die chronisch-intermittierende Therapie. Die Gefahr der Vererbung liegt fast bei jedem vor; das Vorkommen einer Syphilis insontium, einer Syphilis durch extragenitale Infektion und Heredität, verdient die gröſste Berücksichtigung. Für die Nachkommen der Luetiker müssen wir ebenso besorgt sein, wie für den Erzeuger; das erfordert schon die prophylaktische Hygiene.

Was den Schaden der wiederholten Quecksilberkuren betrifft, so enthalten die in dieser Richtung von den Gegnern erhobenen Einwände keine prinzipiellen Gründe gegen die in Rede stehende Kur, wohl aber eine Zahl wohl zu beherzigender Kontraindikationen. Der Vortragende geht auf diese, die im physischen und psychischen Befinden der Patienten zu suchen sind, näher ein, stellt aber bestimmt in Abrede, daſs, wenn man dieselben berücksichtige, durch die chronisch-intermittierende Behandlung Schaden angestiftet werden kann. Die von Caspary angeführten Experimente sind ja nicht eindeutig, aber auch, wenn sie es wären, würde man das Ergebnis nicht so ohne weiteres auf die Praxis übertragen können. Die praktische Erfahrung ist da entscheidender, als der schematische Versuch. Der Vortragende empfiehlt die chronisch-intermittierende Behandlung nicht fanatisch als das Ideal einer Luestherapie, aber zur Zeit ist es die bestvorhandene. Eigentlich giebt es wirklich prinzipielle Gegner kaum, denn wer ohne Symptome vor der Heirat eine Quecksilberkur für nötig hält, wer in bestimmten Fällen oder bei einer Gruppe von Kranken — den Puellis publicis — die Berechtigung der Kur zugiebt, der ist kaum als solcher anzusehen. Ein groſser Teil der Autoren lehnt die Kur prinzipiell ab, übt sie in praxi, wenn auch nicht streng nach Fournierschem Schema — was auch durchaus nicht nötig ist — selbst aus. Bis wir etwas Besseres gegen die Lues gefunden, kann die chronisch-intermittierende Behandlung jedem, der nicht schematisiert, sondern individualisiert, der Kontraindikationen genau beachtet, nur als nützlich empfohlen werden. Übrigens ist die sog. „leichte“ Syphilis keine Kontraindikation, denn vor Ablauf von Jahrzehnten, zuweilen selbst ante mortem des Patienten ist über die Schwere der Syphilis kein Urteil zu fällen. Eine schwere Syphilis ist in erster Reihe eine solche, die zu Erkrankung edler Organe führt; das kann man aber niemals vorhersagen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Wiener medizinischer Klub.

Sitzung vom 23. Oktober 1895.

(*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 43.)

Eine einfache und empfindliche Methode zum qualitativen und quantitativen Nachweis von Quecksilber im Harn, von Adolf Jolles. Zum Nach-

weise von Quecksilber empfiehlt der Vortragende das Gold, welches aber in bestimmter Weise vorbereitet sein muſs. Qualitativ wird das Quecksilber folgendermaſsen nachgewiesen: 100—300 ccm Harn werden mit 2,0 Gold versetzt, mit 1—3,0 konzentrierter Salzsäure angesäuert, erwärmt und mit 2—3,0 gesättigter, frisch bereiteter Zinnchlorürlösung versetzt. Entsteht eine flockige Ausscheidung von Zinnhydroxyd, so muſs etwas Salzsäure noch zugefügt werden. In die auf 70—80° erwärmte Flüssigkeit wird dann unter Umrühren 30,0—50,0 frische Zinnchlorürlösung gegossen, weitere fünf Minuten unter Umrühren erwärmt und das Ganze einige Minuten der Ruhe überlassen. Dann wird die Flüssigkeit abgegossen, das Amalgam mit destilliertem Wasser gewaschen, bis das Wasser keine Chlorreaktion zeigt. Darauf werden auf das reine Amalgam 3—4 Tropfen konzentrierte Salpetersäure gegossen, das Gefäſs geschwenkt. Dann wird in ein Reagensglas abgegossen, mit einigen Tropfen destilliertem Wasser verdünnt, abgekühlt und mit der gleichen Menge Zinnchlorürlösung. Eine Quecksilbermenge von 0,0002 ist dann noch durch eine deutliche Trübung kenntlich. Zur quantitativen Bestimmung wiegt man das mehrmals mit Alkohol und Äther gewaschene und bei 40° C. getrocknete Amalgam und nachher nach dem Vertreiben des Quecksilbers das Gold.

Über die Bedeutung der Ödeme in praktischer Beziehung, von Beer. Der Vortragende bespricht eine Reihe von Ödemformen, Ödemfolgen, wie Narbenbildung, Atrophie und Ödemursachen, dabei manches Hypothetische einflechtend.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 33. Heft 1 u. 2. 1895.

I. **Beitrag zum klinischen und bakteriologischen Studium der brasilianischen Framboësie oder „Boubas"**, von A. Breda - Padua. Sauvage hat im Jahre 1768 unter dem Kollektivnamen „Framboësie" einige in den Tropen endemische, kontagiöse Krankheiten zusammengefaſst: nämlich den Pian, die Yaws und Boubas, welche Lancereaux und nach ihm zahlreiche andere Autoren für identische Krankheiten erklärten. Dieselben seien charakterisiert durch ihre Form, ihren Sitz auf der Haut und den schleimhautbedeckten Orificien, sowie durch wulstige Fleischwucherungen, welche an die Form der Erd- oder Himbeeren stark erinnern. Verfasser zieht die alte Bezeichnung „Framboësie" für die gedachten Alterationen vor, hebt jedoch hervor, daſs auſser jenen charakteristischen Vegetationen mehr oder weniger tiefgreifende, wuchernde Geschwüre vorkommen können.

Die Framboësie ist eine selbständige Affektion, die sowohl von Lues, wie von anderen Formen, wie Skropheln, Lupus, Tuberkulose unabhängig ist. Wohl können diese die Framboësie komplizieren und so verschiedene Formen vortäuschen.

Verfasser erörtert eingehend die Frage, ob die Framboësie eine selbständige oder mit Lues zu identifizierende Krankheit sei, und unterzieht hierbei die einschlägige Litteratur einer gründlichen Besprechung.

Von den drei mitgeteilten Krankengeschichten heben wir Fall 1 heraus.

Es handelt sich um einen 46 Jahre alten Landmann, der 1888 nach Brasilien auswanderte. Oktober 1893 war er bei Erdarbeiten in San Carlo di Pigna (Provinz

St. Paolo) beschäftigt, als viele Arbeiter, meistens Weiße, darunter auch drei Söhne des Patienten an torpiden, indolenten Geschwüren, hauptsächlich an den Schenkeln, erkrankten. Einige Wochen später, als der Patient mit dem Ablösen der Bohnen von der Kaffeestaude und mit Einsammeln des Reises auf den Plantagen beschäftigt war, bekam er plötzlich und gleichzeitig zwei Bläschen an der Palma manus dextra, ein drittes unterhalb des Nagels des rechten Zeigefingers. Den Bläschen folgten unter Fiebererscheinungen und Entzündung des Kniegelenks, drei Wunden. Nach vier Tagen hörte das Fieber auf, worauf sich nach und nach Krankheitsherde an der Haut der Schenkel, an der Schleimhaut der Lippen, des harten und weichen Gaumens, des linken Nasenloches am Septum, am inneren Präputialblatte, am Dorsum der linken Hand und an den Zehen entwickelten. Die Stimme des Kranken war verschleiert, gleichzeitig bestand leichter trockener Husten. Die Affektion auf der Haut begann spontan, ohne Jucken zu verursachen, mit einem rotgestreiften Fleck, auf welchem am vierten oder fünften Tage ein Bläschen erschien, das bald eine schwärzliche, schuppige Kruste zeigte. Hierauf folgte Infiltration, Nekrose der Haut und ein stetig um sich greifendes Geschwür, dessen Ränder leicht geschwollen, livid, dessen kreisrunder oder ovaler Geschwürsgrund, gelblichrot, hart mit einem Netz von hellen Bündeln und zuweilen mit groben Granulationen und Vegetationen bedeckt war, die nicht bluteten. Ihre Farbe war die der Himbeere oder des roten Siegellacks. An den Lippen, am Septum und Präputium kamen die Geschwüre auf dieselbe Weise zu stande. Am harten und weichen Gaumen kam es nicht zu einer Ulceration, sondern zur Bildung von dichtgedrängten Knötchen und Knoten, die der Schleimhaut des ganzen Gaumens das Aussehen von Maulbeeren oder Himbeeren verliehen. Die Knötchen sind zumeist glatt und nahezu ganz mit ihrem Epithel überkleidet. Es ist keinerlei Tendenz zur Reaktion, Schmerzhaftigkeit oder Blutung vorhanden. Da sich die Affektion bis in den Kehlkopf erstreckt, so ist die Stimme des Patienten rauh, der Schlund trocken und Dyspnoe zuweilen vorhanden.

Durch Sublimatinjektionen, Sublimatumschläge auf die kranken Hautpartien und Jodkalium wurde die Affektion nicht gebessert. Fast immer war es nötig, die pathologischen Produkte direkt zu zerstören und zu entfernen, worauf dann Heilung und Narbenbildung eintritt. Auch eine spontane Heilung ist nicht ausgeschlossen.

Der Verfasser teilt das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit und weist gegenüber der Ansicht der brasilianischen Ärzte, daß die Bouba nichts anderes als Syphilis sei, klar nach, daß die Framboësie weder mit Syphilis, noch mit Lupus oder Tuberkulose etwas zu thun habe.

Auf Grund seiner Beobachtungen gelangt er zu folgenden Schlüssen:

1. Viele endemische Krankheiten, die vom Tigris bis nach Marokko ihr Ausbreitungsgebiet haben, werden mit dem Namen „Beule des Orients“ bezeichnet; andere endemische Hautaffektionen, die in Afrika und in Amerika herrschen, müßten mit dem Gattungsnamen „Framboësie“ belegt werden.

2. Unter den Varietäten der Framboësie beschränken die „Boubas“ ihre Wirkung nicht auf die Haut und die schleimhautbedeckten Orificien, sondern sie ergreifen auch andere Partien der Lippe, des Gaumens, des Zungenrückens, des harten und des weichen Gaumens, des Pharynx (wahrscheinlich auch die Tuba Eustachii und das Mittelohr), ferner den Larynx und die Trachea.

3. Die „Boubas“ gehören weder zur Syphilis, noch zu den verschiedenen Formen der Tuberkulose; sie haben auch nichts gemein mit dem infektiösen Granulom, sondern repräsentieren eine selbständige, besondere Krankheit.

4. Wahrscheinlich werden die „Boubas“ durch einen spezifischen Bacillus hervorgerufen und erhalten, den Verfasser vor vier Monaten entdeckt und seither in sehr

zahlreichen Schnitten gefunden haben, und zwar sowohl an der Haut, als an den Schleimhäuten, in deren ganzer Dichte, an der Geschwürsoberfläche und im Lumen der Blutgefäfse. Diesen Mikroorganismus möchte Verfasser „Framboësie-Bacillus" oder „Boubas-Bacillus" nennen.

II. **Bemerkungen zu Unnas neuen Färbemethoden**, von G. Günther-Wien. Während man bei denjenigen Färbemethoden, bei denen gesetzmäfsige Wechselwirkungen zwischen Gewebe und Färbstoff vorwalten, so bei den metachromatischen, berechtigt ist, aus der Färbung auf die chemische Natur der gefärbten Gewebe Rückschlüsse zu ziehen, scheint nach der Ansicht des Verfassers die gleiche Berechtigung für die sog. regressiven Färbemethoden Unnas, d. h. für diejenigen Färbungen, welche man durch Extraktion erhält und die dem Zufalle eines richtig erratenen Extraktionsgrades unterworfen sind, nicht vorhanden zu sein.

Verfasser will jedoch den empirischen oder heuristischen Wert der Methoden Unnas nicht in Abrede stellen, er möchte nur seinen Standpunkt gegenüber allzu raschen Schlüssen aus Ergebnissen regressiver Färbungen auf neue chemische Stoffe klarlegen. Zu diesem Zwecke unterzieht er die von Unna angegebenen Methoden einer ausführlichen Besprechung.

Für das Gelingen der Färbung ist, was Unna nicht genügend betont, die Art der Fixierung des Objektes nicht ganz gleichgiltig. Verfasser rät von Fixierungsflüssigkeiten, die Chromsäure und Chromate enthalten, ab, weil derartig behandelte Schnitte Anilinfarben oft sehr schlecht annehmen. Die Einbettung in Paraffin, Celloidin oder Gelatine erscheint nicht zweckmäfsig, weil sie sich, wie die Präparate selbst, intensiv färben und auf eine richtige Beurteilung störend einwirken kann. Es ist besser, die Schnitte mit dem Gefriermikrotom von frischen oder von in Alkohol gehärteten Objekten zu machen oder die Celloidin- oder Paraffinschnitte mittelst Ätheralkohol, resp. Xylol von der Einbettungsmasse zu befreien und unaufgeklebt weiter zu behandeln. Dies empfiehlt sich bei Unnas Färbung des normalen, elastischen Gewebes (des Elastins) mit saurem Orcein. Gleich schöne Resultate, wie mit dieser Methode, erhält man auch mit „Viktoriablau" (Lustgarten).

Zum Nachweise von Elacin und Kollacin werden die von Celloidin befreiten Schnitte nach Unna, wie folgt, gefärbt: Polychromes Methylenblau (Grübler) zehn Minuten. Wasser. 33 % ige wässerige Tanninlösung ¼ Stunde. Wasser, absoluter Alkohol, Öl, Balsam. Die andere von Unna angegebene Wasserblau-Saffranin-Methode hält Verfasser für weniger zweckmäfsig, weil die vorgeschriebene Entfärbung mit verdünntem Säurealkohol speziell die Elacin- und Kollacinfasern zu rasch entfärbt. Aus demselben Grunde hält der Verfasser Unnas dritte Methode der Darstellung glatter Muskelfasern (polychromes Methylenblau, Wasser, Ferrocyankalium, Wasser, Säurealkohol etc.) für nicht geeignet, namentlich in den Händen eines Ungeübten, verwertbare Resultate zu liefern.

In der Mehrzahl der neuesten von Unna beschriebenen Färbemethoden hat Verfasser gleich ihm schöne Bilder erhalten.

III. **Über Xeroderma pigmentosum**, von Lukasiewicz-Innsbruck. Die Zahl der bisher veröffentlichten Fälle von Xeroderma pigmentosum beträgt 73. Verfasser fügt einen Fall hinzu, den er Gelegenheit hatte, fast zwei Jahre zu beobachten. Der Patient ist 3½ Jahre alt, stammt von gesunden Eltern und hat gesunde Geschwister. Nach den Angaben der Mutter soll das Kind gesund und gut entwickelt im November zur Welt gekommen sein. Während eines Aufenthaltes im Freien, und zwar an einem sonnigen Apriltage, zeigte sich im Gesichte des Kleinen eine rotlaufartige Entzündung, die nach wenigen Tagen unter Abschuppung verschwand. Seit der Zeit traten Rötung und Schwellung des Gesichtes auf, so oft das Kind im Freien weilte. Im

Alter von neun Monaten wurde es der Innsbrucker dermatologischen Klinik übergeben. Die Haut des ganzen Gesichtes, der Stirn und der Ohren war gerötet, infiltriert, spröde, teils mit zahlreichen, sich abblätternden Schuppen, teils mit Krusten bedeckt. An den Augenwinkeln, Lippen und an der Nase sah man zahlreiche Rhagaden. Die Haut der Handrücken, teilweise auch der Finger und des untersten Drittels beider Vorderarme war gerötet, trocken, rissig, schuppend. Nach einmonatlicher Behandlung mit Borsalbe und Salicylpflaster wurde das Kind als geheilt aus der Klinik entlassen. Dasselbe ist jedoch nach den Angaben der Eltern seitdem nie ganz gesund gewesen. Im zweiten Lebensjahre stellten sich in der erkrankten, vorher weifsen Haut braune Flecke ein, aufserdem entwickelten sich im Gesichte einige kleine Wärzchen, die, wiederholentlich geätzt, schliefslich zu Exkrescenzen wurden.

Verfasser beschreibt im folgenden ganz ausführlich den Status praesens des Falles und teilt ebenso eingehend den mikroskopischen Befund mit.

In Übereinstimmung mit Neisser, Taylor und anderen Autoren hat Verfasser beobachtet, dafs der Prozefs durch einen akut entzündlichen Zustand in der (dazu veranlagten) Haut eingeleitet wird. Die Entzündung führt infolge ihres häufigen Auftretens zu einer Hautaffektion, welche sich durch chronisch entzündliche Erscheinungen und Pigmentansammlungen charakterisiert und klinisch einem chronischen Ekzem ähnlich sieht. Das Pigment fand Verfasser hauptsächlich im Rete Malpighi und in zweiter Reihe im Corium vor. Im weiteren Verlaufe kommt es an den bereits pigmentierten Stellen zu einer Vermehrung der Pigmentmassen, einer Erhöhung der chronisch entzündlichen Erscheinungen und aufserdem noch zu einer abnormen Verhornung der Epidermis (Pergamenthaut Kaposis). Gleichzeitig entwickeln sich, entsprechend den Pigmentverschiebungen pigmentlose atrophische Stellen, welche das Krankheitsbild von dem eines Ekzems deutlich unterscheiden lassen. Telangiestasien oder Gefäfsnaevi konnte Verfasser in keinem seiner untersuchten Präparate vorfinden, und auch das klinische Bild deutete auf solche nicht hin, während andere Autoren dieselben für das Leiden als geradezu charakteristisch erklären.

Geht der Prozefs weiter, so nimmt das zur Vermehrung immer geneigte Epithel des Rete Malpighi und der Talgdrüsen überhand, wuchert in das chronisch veränderte weniger widerstandsfähige Bindegewebe hinein. Das letztere befindet sich aber im entzündlichen Zustande und ist wucherungsfähig. Es beteiligt sich dann zumeist in der Neubildung und bildet das Stroma derselben.

„Das Wesentliche des Prozesses des Xeroderma pigmentosum machten nach der Ansicht des Verfassers nicht die Erythema-solare-Rötungen und Schuppungen, oder die frühseitigen disseminierten Pigmentierungen unter der Form der Sommersprossen und Linsenflecke aus, sondern das Essentielle bei dem Krankheitsprozefs ist, dafs aus den angeborenen, d. h. in den ersten Lebensmonaten sichtbaren Pigmentmälern, Lentiginis, Epheliden und um dieselben herum sich ein dem senilen Alter analoger Degenerationsprozefs entwickelt im Sinne der Atrophie, womit eine Verdünnung und Abplattung der Papillen und ihrer Epidermis und stellenweise ein atypisches Auswachsen der Retezapfen in die chronisch veränderte Cutis, Hyperplasie der Talgdrüsen, Ektasie einzelner Gefäfse, also Bedingungen zugleich für die Bildung von Carcinom, entstehen, wie bei der senilen Haut — also eine Senilitas praecox cutis."

IV. **Über eine bisher nicht beobachtete perniciöse Hauterkrankung**, von E. Spiegler-Wien. Bei dem vom Verfasser beschriebenen Krankheitsfalle handelt es sich um einen 38jährigen, sehr kräftig gebauten, wohlgenährten, bis dahin immer gesund gewesenen Mann, der, aufser einer vor 18 Jahren überstandenen Lues ohne Recidiv, nie krank gewesen zu sein angiebt. Derselbe erkrankt plötzlich ohne ein nachweisbares Prodrom unter hohem Fieber an einer akuten Infektionskrankheit —

denn als solche ist der Prozefs seinem ganzen Verlaufe nach aufzufassen — mit erythemartigen Effloreszenzen auf der allgemeinen Decke; auf der Höhe der Effloreszenzen oder auch anscheinend gesunder Haut treten seröse oder hämorrhagische Blasen auf, deren Grund vielfach nekrosiert; nach Abstofsung der Schorfe tritt Granulation ein. Der Prozefs verläuft unter hohem Fieber und endet nach dreiwöchentlicher Krankheitsdauer letal. Im Harne findet sich nur eine dem febrilen Zustande entsprechende Eiweifsmenge, keine Formelemente, auch keine sonstigen abnormen Bestandteile.

Verfasser teilt in folgendem die Resultate der histologischen, chemischen und bakteriologischen Untersuchung mit.

In dem Inhalte frischer, seröser Bläschen fanden sich zahlreiche kleinste Bacillen von ca. $^1/_8$ μ Länge. Dieselben färben sich leicht mit wässerigen Anilinfarben und entfärben sich auch nach der Gramschen Methode nicht. Sie wachsen sehr rasch bei 37° in Bouillon; Strichkulturen sind in schief gelegten Agarröhrchen schon nach 18 Stunden sehr gut entwickelt, ohne den Nährboden zu verflüssigen oder zu verfärben. Morphologisch konnten diese Bakterien mit keiner bekannten Art identifiziert werden. Auf Tiere wirken sie nicht pathogen. Trotzdem bringt Verfasser diese Bacillen in einen Kausalnexus mit der vorliegenden Erkrankung und begründet dies mit der massenhaften Ausscheidung der Mikroorganismen in den Blasen in Reinkultur, analog der Ausscheidung pathogener Mikroorganismen durch die Haut, bei Tuberkulose und Sepsis im Schweifse, bei letzterer auch in miliariaähnlichen Effloreszenzen, bei Typhus in den Roseolaflecken und in Follikulitiden. Weder im Harn, noch im Blute fanden sich die Bacillen. Dagegen liefs sich aus dem Harn ein Körper gewinnen, der ein ganz furchtbar wirkendes Gift darstellte und Versuchstiere, mit demselben geimpft, unter Erscheinungen schwerer Dyspnoe, Streckkrämpfen mit Opisthotonus, Kotentleerungen, Reaktionslosigkeit der Pupille zehn Minuten nach erfolgter Injektion tötete.

Histologisch findet man im Papillarkörper die Gefäfse erweitert, mit Blut strotzend gefüllt, in der Umgebung derselben sehr dichtes, aber auch sonst im Maschenwerk der Cutis reichlich kleinzelliges Infiltrat, frisches Blutextravasat in den Papillen und der suprapillären Schicht. Die Retezellen sind auseinandergedrängt, so dafs in der Stachelzellenschicht die Stacheln besonders deutlich hervortreten. Die Blasenbildung erfolgt zumeist an der Grenze des Stratum corneum, seltener mitten im Rete.

Auf Grund des neuen, klinischen Symptomenkomplexes schlägt Verfasser für die Krankheit die Bezeichnung „Erythema papulo-vesico-bullosum et necroticans“ vor.

V. **Zur Frage der Pityriasis rubra pilaris**, von H. Mourek-Prag. Verfasser beschreibt sehr ausführlich die Krankengeschichte eines Falles, der in Prof. Janovskys dermatologischer Klinik längere Zeit hindurch beobachtet und behandelt worden ist. Auf Grund dieses Falles giebt Verfasser zu, dafs die Erscheinungen an der Haut, welche als charakteristisch für Pityriasis rubra pilaris beschrieben werden, in vielem mit jenen des Lichen ruber acuminatus übereinstimmen. Diejenigen Symptome, die von vielen französischen, englischen und deutschen Autoren gegen die Diagnose Lichen ruber acuminatus und für die Aufstellung eines besonderen Typus im System der Hautkrankheiten, der Pityriasis rubra pilaris im Sinne Besniers angeführt worden sind, konnte Verfasser auch in seinem Falle konstatieren: Gutartigkeit der Affektion, die rasch aufgetreten ist, geringfügiger oder gar kein Einfluſs des Arsens auf den Verlauf der Krankheit, zeitweilige Exacerbationen trotz der Behandlung mit Arsen, keine Veränderung des Allgemeinbefindens, das zumeist ein gutes war, unbedeutende

subjektive Erscheinungen (Jucken), schliefslich die Lokalisationsverhältnisse der Efflorescenzen. Kaposi will diese Fälle als „atypisch" verlaufende Fälle von Lichen ruber acuminatus ansehen. Da diese „atypischen" Fälle aber für sich eine klinisch gut charakterisierte Gruppe bilden, so ist es schwer möglich zu erklären, warum sie nicht eine besondere, ihrem Charakter entsprechende Benennung erhalten sollte. Es wäre dies nur dann zu erklären, wenn die anatomische Beschaffenheit derselben die gleiche, wie die der typischen Fälle wäre. Verfasser fand in seinem Falle Hyperkeratose, mäfsiges Akanthom und unbedeutende Veränderungen entzündlicher Natur im Stratum papillare. Die histologische Untersuchung der als Pityriasis rubra pilaris beschriebenen Fälle zeigt durchweg die hauptsächlichsten anatomischen Veränderungen zu Beginn ihrer Entwickelung, durchweg in der Epidermis und ihrer Adnexen.

Was Kaposi als das Wichtigste bei Lichen ruber acuminatus erscheint, nämlich „eine besondere Art der degenerativen Metamorphose des Entzündungsproduktes der Zellen und des von ihnen infiltrierten Gewebes und der hyperplastischen Epidermis, und was eben zur Atrophie führt und vielleicht auch dem späteren Marasmus zu Grunde liegt, und was eben dem Lichen ruber eigentümlich zu sein scheint," hat keiner der Autoren, welche Präparate von Fällen der Pityriasis rubra pilaris histologisch untersucht haben, gefunden.

Auf Grund der klinischen Beobachtung, der histologischen Untersuchung und der in der Litteratur gemachten Studien fällt Verfasser bezüglich seines Falles folgendes Urteil: Die klinischen Erscheinungen und die histologischen Bilder decken sich in den Einzelheiten nicht mit den Symptomen des Lichen ruber acuminatus, wenn wir uns das Bild vor Augen halten, das wir bezüglich dieser Krankheit als Typus aus der Litteratur bis auf die jüngste Zeit kennen, woselbst auch der Verlauf dieser „verhältnismäfsig schweren Krankheit", wie auch ihr Verhalten gegen bestimmte Arzeneien bemerkt und mehrere Male als wichtiges Symptom behauptet wurde, und wo wir aus histologischen Beschreibungen und bildlichen Darstellungen kennen gelernt haben, dafs es sich um eine mächtige, zellige Infiltration der erweiterten und erhöhten Papillen des subpapillären Coriums mit weit ausgebreiteten Blutgefäfsen und im weiteren um korrespondierende hyperplastische Veränderungen in der Epidermis handelt.

Daraus geht hervor: Soll der vom Verfasser beschriebene Fall und eine grofse Reihe ähnlicher von den ersten Dermatologen klinisch und histologisch und auch in den Details übereinstimmend beschriebener Fälle als Lichen ruber acuminatus benannt werden, dann ist es vom praktischen, prognostischen und therapeutischen Standpunkte aus notwendig, dafs irgend ein weiteres Epitheton beigefügt werde, durch welches diese Fälle von anderen zu unterscheiden wären, die anders verlaufen, anders gegen Medikamente sich verhalten und andere anatomische Eigenschaften aufweisen, und die gleichfalls mit Lichen ruber acuminatus bezeichnet werden. Da aber jene Fälle, die wir in der Litteratur unter dem Namen Pityriasis rubra pilaris beschrieben finden, sowohl klinisch, als auch anatomisch ganz gut charakterisiert sind, erscheint es sicher gerechtfertigt, dafs sie durch eine selbständige passende Bezeichnung von den übrigen, wenn auch verwandten Affektionen geschieden werden.

VI. **Bau und Entwickelungsgeschichte des quergestreiften Hautmuskels Platysma myoides**, von L. Heitzmann-New York. Gelegentlich seiner Studien über die Entwickelungsgeschichte der Cutis hat Verfasser eine Anzahl von Schnitten aus der seitlichen Halsgegend von Embryonen verschiedenen Alters angefertigt und ist dadurch in den Besitz wertvoller Präparate über die Entwickelung des Platysma myoides gelangt. Der Bau desselben ist derjenige von quergestreiften Muskeln. Da aber die Ansichten der Histologen über den Bau der quergestreiften Muskeln vielfach

auseinandergehen, so benutzt Verfasser die Gelegenheit, durch Untersuchung des Platysma myoides von verschiedenalterigen Embryonen sich über die Entwickelung der quergestreiften Muskeln überhaupt Klarheit zu verschaffen.

Nach einem Rückblick auf die bisherigen diesbezüglichen Forschungen beschreibt H. den Gang seiner Untersuchungen und teilt das Resultat derselben in folgendem mit:

1. Das Platysma myoides besitzt die Struktur der quergestreiften Muskeln im allgemeinen. Es wird aus Fasern aufgebaut, in welchen nur zwei wesentliche Bestandteile erkennbar sind: die in regelmäfsigen Reihen angeordneten „Sarcous elements" oder Muskelsäulchen von starker Lichtbrechung und zwischen den Querreihen eine nicht lichtbrechende interstitielle Substanz. Die zu Reihen angeordneten Sarcous elements bestehen aus lebender oder kontraktiler Substanz und sind untereinander durch Längsfasern derselben Substanz verbunden. An Querschnitten der Muskelfasern erkennt man, dafs die Sarcous elements auch in Querrichtung untereinander vermittelst zarter Fäden lebender Materie vereinigt werden.

2. Die erste Anlage des Platysma myoides ist in der Haut der seitlichen Halsgegend in zweieinhalbmonatlichem menschlichen Embryo zu erkennen. Wir treffen dort grob granulierte Protoplasmakörper, in welchen die Knotenpunkte des Netzwerkes der lebenden Materie stark vergröfsert und zu Sarcous elements angewachsen sind. Das sind Margos Sarkoplasten. Durch Verschmelzung einer Anzahl von Sarkoplasten entstehen zuerst kurze Spindeln, und durch Verschmelzung einer Anzahl von Spindeln entsteht die Muskelfaser, die selbst auf der Höhe der Entwickelung ihre ursprüngliche Spindelform beibehält.

3. Im fünften Monate des Fötallebens bildet das Platysma eine deutlich entwickelte flache Lage im Unterhautgewebe, zwischen Läppchen von Fettgewebe. Zwischen dem sechsten und siebenten Fötalmonat hat das Platysma stark an Breite zugenommen und zeigt auf Horizontalschnitten den durch Scheidewände von innerem und äufserem Perimysium hervorgerufenen zierlichen Bau.

VII. **Über Neurodermitis chronica circumscripta (Brocq) = Lichen simplex chronicus circumscriptus (Cazenave-Vidal)**, von C. Touton-Wiesbaden. Verfasser will bezüglich des „Lichen simplex chronicus (Vidal) vier Fragen entscheiden:

1. Ist der Lichen simplex chronicus eine Erkrankung, welche sich durch meist papulös beginnende (Pseudolichen-Tommasoli), meist konfluierende (Lichenifikation), leicht ekzematös werden (Ekzematisation), stark juckende Dermatitisherde, die am besten als eigene Gruppe in die Ekzemklasse einzuordnen sind (Neisser)?

2. Oder ist es ein wirklicher Lichen?

3. Oder hat er mehr Beziehungen zur Prurigo-Hebra, stellt er vielleicht eine cirkumskripte Form derselben beim Erwachsenen dar?

4. Oder ist er ein primärer, lokaler Pruritus, bei dem die Haut durch Kratzen lichenifiziert wird (Neurodermitis circumscripta chronica Brocq)?

Unter eingehender, kritischer Würdigung der einschlägigen Litteratur, an der Hand eigener Beobachtungen mehrerer Fälle, deren Krankengeschichten ausführlich mitgeteilt werden, gelangt der Verfasser zu folgenden, die obigen Fragen beantwortenden Schlufssätzen: Die Neurodermitis circumscripta chronica (Brocq) = Lichen simplex chronicus circumscriptus (Cazenave-Vidal) ist weder ein Eccema chronicum, noch ein Lichen, sondern ein Pruritus localis mit konsekutiver Verdickung der Haut (Lichenifikation) und eher noch der Prurigo (Hebra) verwandt. Das Hinzutreten anderer Kratzwirkungen, eines Kratzekzems und besonders einer Eiterbakterieninfektion (Impetigo und Furunkel) ist unwesentlich und berechtigt nicht zu einer strengen Scheidung zwischen „simplex" und „polymorphus". Ebensowenig ist es prinzipiell wichtig, ob diese Erkrankung auf eine oder mehrere Stellen, oder auch auf

einen gröfseren Teil der Körperoberfläche verbreitet ist. Es giebt Fälle, welche sich auf den Voigtschen Grenzlinien der Verästelungsgebiete der Hautnerven lokalisieren.

VIII. **Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses.** (Über Endocarditis, Arthritis, Prostatitis follicularis blennorrhoica), von E. Finger, A. Ghon und F. Schlagenhaufer-Wien. Die Verfasser unterziehen die einschlägige, sehr umfangreiche Litteratur einer ausführlichen Besprechung. Fast alle bisher bekannt gewordenen Sektionen und Untersuchungen maligner Endocarditis blennorrhoica entbehren des exakten Beweises, dafs der Gonococcus wirklich der Erreger der Endocarditis gewesen ist. Kulturversuche sind entweder gar nicht oder in mangelhafter Weise vorgenommen worden. Dies schliefst jedoch nicht aus, dafs bei korrekt angestellten Kulturversuchen doch in dem einen oder dem anderen Falle, ja vielleicht in allen Fällen ein Eitercoccus hätte aufgehen können, der zur Deutung der Fälle als Mischinfektion Anlafs gegeben hätte. Einwandsfrei ist nur der von Weichselbaum publizierte Fall von maligner Endocarditis blennorrhoica (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1887. II.), der, ätiologisch völlig sicher, als Produkt einer Mischinfektion aufzufassen ist.

Die Verfasser teilen im folgenden die Krankengeschichte eines Falles mit, bei welchem die Kultivierung des Gonococcus aus den Klappenvegetationen nicht gelang, das völlige Sterilbleiben der Nährböden aber einerseits berechtigt, irgend einen Eitercoccus als Erreger der Endocarditis auszuschliefsen, andererseits der mikroskopisch-bakteriologische Befund ein so charakteristischer, so beweisender ist, dafs Verfasser den Fall als zweifellos durch den Gonococcus erregt ansehen, auch die Ursache des negativen Kulturerfolges angeben zu können vermeinen. Es handelt sich in diesem Falle um einen 19jährigen, früher stets gesund gewesenen Patienten, der März 1895 eine Blennorrhoe (die zweite) acquirierte. Derselbe legte sich trotz der korrekten Verordnungen und seiner bisherigen Lebensweise keinerlei Zwang auf. Am 15. April 1895 erkrankte er angeblich infolge einer Erkältung mit Fieber, heftigen Schmerzen, Schwellung des rechten Kniegelenks. Mit Rheumatismus, Herzkrankheit, Lues oder Alkoholismus will der Patient vorher nie etwas zu thun gehabt haben. Am 27. April wurde er ins Krankenhaus aufgenommen. Die Untersuchung ergab hohes Fieber, das rechte Kniegelenk stark geschwollen, spontan und auf Druck schmerzhaft. Im Urin fand man kein Eiweifs, derselbe war jedoch trübe, setzte ein aus Leukocyten, Blasenepithelien und Bakterien bestehendes Sediment ab. Aus der Harnröhre entleerte sich bei Druck reichlicher, grüngelber Eiter, der unter dem Mikroskop äufserst zahlreiche, in Eiterzellen eingeschlossene, frei oder als Rasen auf den Epithelzellen aufliegende, nach Gröfse, Form, Tinktion völlig typische Gonokokken enthielt.

Am 28. April wurde an der Aorta ein deutliches, lautes diastolisches Geräusch konstatiert, das in den nächsten Tagen sich verstärkte und zur Diagnose auf Insufficientia valvularum Aortae veranlafste. Die Sekretion aus der Harnröhre hatte am 30., ohne dafs dem Patienten lokale Therapie, Injektionen verordnet werden müssen, ganz aufgehört.

Am 8. Mai erfolgte unter Erscheinungen des Lungenödems der Exitus letalis.

Die Diagnose lautete nunmehr: Endocarditis et Arthritis blennorrhoica.

Die vorgenommene Sektion ergab: Endocarditis acuta valvularum aortae (blennorrhoica?) cum insufficientia valvularum et subsequente hypertrophia ventriculi cordis sinistri. Arthritis purulenta genu dextri. Tumor lienis acutus, Infarctus lienis. Degeneratio parenchymatosa hepatis et venum. Urethritis anterior et posterior, Prostatitis catarrhalis et follicularis. Cystitis catarrhalis.

Die mikroskopische Untersuchung der endokarditischen Auflagerungen

ergab ziemlich zahlreiche Kokken, als Diplokokken angeordnet, von der typischen Gestalt und Gruppierung des Gonococcus, nach GRAM leicht entfärbbar, zum Teil in typischer Weise innerhalb der ziemlich reichlichen Leukocyten eingeschlossen, zum gröfseren Teile frei. Die freien Gonokokken bildeten oft gröfsere Haufen, die in der Unregelmäfsigkeit der Lagerung, in dem variablen, besonders dadurch bedingten Aussehen, dafs die einzelnen Kokken den Farbstoff mit verschiedener Intensität aufgenommen und festgehalten hatten, sehr lebhaft an das so charakteristische Aussehen der Deckglaspräparate von Gonokokkenkulturen erinnerten. Im Gelenksekret, in der Urethra fanden sich keine, im Prostatasekret nur spärliche Gonokokken.

Die Reinkulturen aus den endokarditischen Auflagerungen, aus dem Gelenksekret, Blut, Prostatasekret und aus der Urethra fielen vollständig negativ aus, während die Beschickung desselben Nährbodens mit Eiter einer akuten Blennorrhoe, mit Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes aureus, albus, citreus, Streptococcus pyogenes und Diplococcus pneumoniae ein völlig positives Resultat ergab, woraus man schliefsen kann, dafs:

1. die gewöhnlichen Eitererreger, die ja auch mikroskopisch in der Endocarditis nicht nachzuweisen waren, in dem Falle fehlten, es sich also sicher nicht um einen Fall von Mischinfektion handeln konnte;

2. die Gonokokken der Endocarditis, deren thatsächliches Vorhandensein die mikroskopische Untersuchung ergab, ihre Vitalität schon so weit eingebüfst hatten, dafs sie auf dem, für den lebensfähigen Gonococcus recenter Urethritis ganz geeigneten Nährboden nicht mehr angingen. — Man kann nach der Ansicht der Verfasser sogar annehmen, dafs in jedem unter den gleichen Verhätnissen zur Beobachtung kommenden Falle ein Aufgehen des Gonococcus, ein positiver Kulturerfolg ausgeschlossen, nicht zu erwarten sei, dafs dieses Postulat also für die Fälle maligner, mit hohem Fieber einhergehender Endocarditis keine Aussicht auf Erfüllung hat.

Wenn die Verfasser trotz des negativen Kulturergebnisses an der Ansicht festhalten, dafs der Gonococcus allein in dem vorliegenden Falle der Krankheitserreger gewesen ist, so geschieht dies wegen einer Summe anderer Charakteristika, die in dieser Kombination keinem anderen bisher bekannten Mikroorganismus zukommen und in dieser Vollständigkeit bisher nicht beobachtet worden sind. Es sind dies:

1. die charakteristische Form;

2. die bekannten Tinktionsverhältnisse;

3. hauptsächlich aber das ungemein charakteristische Verhalten zum und im Gewebe, und zwar

a) dort, wo der Gonococcus Gelegenheit hat, mit reichlichen polynukleären Leukocyten zusammenzukommen, dringt er in den Zellleib derselben ein und vermehrt sich in denselben, er kommt also, wie bekannt, endocellulär im Eiter vor;

b) dort, wo der Gonococcus Gelegenheit hat, sich in gröfseren Hohlräumen, in denen wenig Leukocyten vorhanden sind und die Wand der Hohlräume der Ausbreitung und Vermehrung kein Hindernis setzt, anzusiedeln, bildet er bei seiner Vermehrung Haufen und Ballen, die unter dem Mikroskop das dem Gonococcus in der Reinkultur zukommende charakteristische Gepräge haben;

c) dort endlich, wo der Gonococcus bei seinem Vordringen auf schmale Kanäle angewiesen ist, dringt er in dieselben in einer ganz charakteristischen Weise Paar hinter Paar ein, bildet keine echten Ketten, sondern mit diesen absolut nicht zu vergleichende einreihige Linien.

Somit lehrt der von den Verfassern beschriebene Fall, dafs unter günstigen Verhältnissen der Gonococcus im Gewebe in so charakteristischer Weise auftritt, dafs die bisher behauptete Ansicht, eine rein mikroskopische Diagnose desselben sei un

möglich, nur mehr bedingt gilt und unter günstigen Umständen auch diese möglich sein wird.

Damit ist auch der Gonococcus als Erreger einer septisch-pyämischen zum Exitus letalis führenden Affektion erwiesen. (Fortsetzung folgt.)

Die beiden letzten Artikel im vorliegenden Heft des Archivs bilden Kusnitzkys „Antwort auf Toutons Bemerkungen" und Toutons „Schlufsbemerkungen zu dieser Antwort", womit die Kontroverse der genannten Autoren über die Natur der Zellveränderungen beim Molluscum contagiosum einstweilen ihr Ende findet.

C. Berliner-Aachen.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band VI, Heft 9 und 10.

1. H. Braun: **Über Nierentuberkulose.** Verfasser hat einen Fall von Nierentuberkulose erfolgreich durch Nephrektomie behandelt. Es bestand zugleich Blasentuberkulose. Für uns ist von Interesse, dafs die Nitzesche Cystoskopie im Stich liefs, da die sehr verengte Blase sich nicht auffüllen liefs und die eingespritzte Borlösung sofort durch Eiter und Blut getrübt wurde. Verfasser wandte daher das Kellysche Verfahren an: Dilatation der Urethra und direkte Besichtigung (es handelte sich um eine Frau). Er konnte so sich mit ziemlicher Sicherheit von dem Zustande der Blasenschleimhaut überzeugen, vor allem aber sicher feststellen, dafs nur die eine Niere erkrankt war.

2. Janet: **Bemerkungen zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Dilatation.** Verfasser empfiehlt zur Dilatation sehr enger, harter Strikturen, ohne die Elektrolyse und Urethrotomia interna zu bekämpfen, das von ihm geübte Verfahren. Eine filiforme Führungsbougie wird eingeführt und an diese Béniqué-Sonden von steigender Stärke angeschraubt, die so eine leichte Dilatation ermöglichen, ohne dafs man zu fürchten braucht, falsche Wege zu bahnen. Viel Wert legt Verfasser auf sorgfältige Desinfektion, nicht allein der Eichel und Vorhaut, sondern auch der Harnröhre, besonders wenn Gonokokken vorhanden sind. Die Blase darf nicht leer sein, sie wird mit Borsäurelösung angefüllt, die ohne Benutzung eines Instrumentes durch hohen Druck in die Blase gespült wird.

3. Feleki: **Beiträge zur Kenntnis der chronischen Entzündung der Prostata und der Samenbläschen.** Nach Besprechung der Symptome und der üblichen Behandlung der chronischen Prostatitis kommt Verfasser auf die Massage der Prostata zu sprechen. Diese kann keine guten Resultate ergeben, da die Entfernung des oberen Randes der Vorsteherdrüse von der Analöffnung meist eine zu grofse ist, wie Verfasser sich durch zahlreiche Messungen an Leichen überzeugte, als dafs der massierende Finger diesen oberen Rand erreichen könnte. Verfasser hat daher ein ganz zweckmäfsiges Instrument konstruiert, das leicht in den After eingeführt werden kann, und mit dem man bequem Streichungen der Prostata bewerkstelligt. Auch zur Sicherstellung der Spermatocystitis, bezw. zur Diagnosestellung, welche Seite erkrankt sei, leistet das Instrument gute Dienste.

4. Wossidlo: **Ein neues Blasenphantom.** Da die bisherigen Phantome starrwandig waren, so leisteten sie nicht alles, was man erwarten konnte. Verfasser hat deshalb ein neues Phantom aus Gummi konstruiert, welches z. B. besonders zur Einübung der Lithotripsie, nützlich sein mag. *F. Hahn-Bremen.*

Besprechungen.

Über die Verwendung des Kreosots und seiner Derivate, von Schürmayer. (J. A. Finsterlin, Schliersee, 1895.) Eingehende Besprechung der Kreosotwirkung und besondere Empfehlung des Kreosotkarbonats. *F. Hahn-Bremen.*

Therapie der Harnkrankheiten. Zehn Vorlesungen für Ärzte und Studierende, von C. Posner. (August Hirschwald, Berlin, 1895.) In zehn Verlesungen schildert Verfasser in grofsen Zügen die von ihm geübten Behandlungsweisen der Harnkrankheiten, „was er selbst erfahren und erprobt hat". Wenn der Hauptvorzug des Buches für Ärzte und Studierende in der instruktiven, aufserordentlich klaren und dabei knappen, alles Wesentliche berücksichtigenden Darstellung liegt, so bietet es dem Spezialkollegen nicht weniger Reiz durch sein subjektives Gepräge und das bestimmte Urteil des erfahrenen Praktikers über die verschiedensten alten und neuen Behandlungsmethoden.

Bei jeder sich bietenden Gelegenheit wird mit grofsem Nachdruck und vollem Recht einem möglichst schonenden, vorsichtigen Verfahren gegenüber heroischen Eingriffen das Wort geredet. Es sei hier ganz besonders auf die treffenden Bemerkungen des Verfassers über die Behandlung der akuten Urethritis posterior, des akuten Blasenkatarrhs, über die Dilatation der Strikturen, die Blaseninsufficienz bei der Prostatahypertrophie hingewiesen. Die lokale Therapie der chronischen Blennorrhoe hat nicht vor Ablauf der zehnten bis zwölften Woche zu beginnen.

Nicht aber möchte Referent so weit gehen, die rein exspektative Behandlung der akuten Blennorrhoe bei zweckmäfsigem Allgemeinverhalten (Bettruhe, blande Diät, Fernhaltung sexueller Erregung) als die einfachste, leider meist nicht mögliche Behandlungsmethode zu erklären. Wenn wir auch zugeben, dafs die Erkrankung in ihrem „legitimen, unkomplizierten Verlauf" ohne Zuthun irgend einer lokalen Behandlung zur Heilung kommen kann, so werden wir doch kaum den Kampf gegen den Infektionserreger dem Organismus allein überlassen. Wer bürgt uns denn, dafs gerade der vorliegende Fall einen unkomplizierten Verlauf nehmen wird? Kennen wir doch Fälle, die auch bei dem zweckmäfsigsten Allgemeinverhalten nicht nach vier bis sechs Wochen abgelaufen sind, und kommt doch, wie bei allen anderen Infektionskrankheiten, auch bei der Blennorrhoe neben dem zweckmäfsigen Verhalten des Patienten die Schwere der Infektion und die Widerstandsfähigkeit des Organismus ganz wesentlich in Betracht. Wie könnte sonst der eine mit schweren Allgemeinsymptomen und der andere mit ganz unbedeutenden Lokalerscheinungen erkranken?

Von der Janetschen Methode hat Verfasser bei streng vorschriftsmäfsiger Anwendung oft gute, ja überraschende Resultate gesehen.

Referent mufs es sich versagen, auf weitere Einzelheiten einzugehen. Die Vorlesungen, die durch Abbildung der gebräuchlichsten Instrumente und eine Sammlung von Rezeptformeln vervollständigt werden, seien zum Spezialstudium warm empfohlen; sie werden gewifs vielen in zweifelhaften Fällen einen sicheren und wertvollen Ratgeber bilden. *H. Einhorn-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig 1.

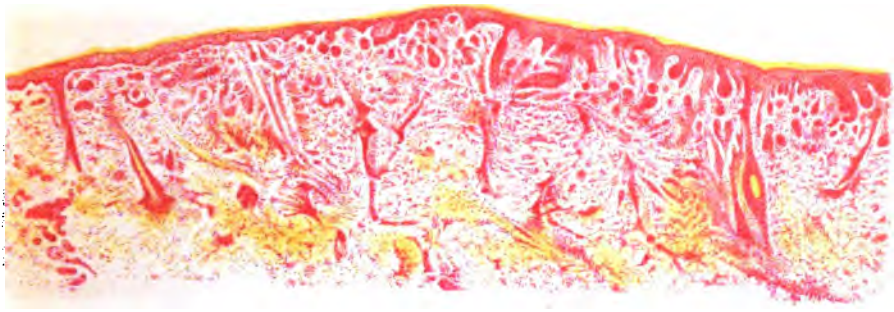


Fig. 2.

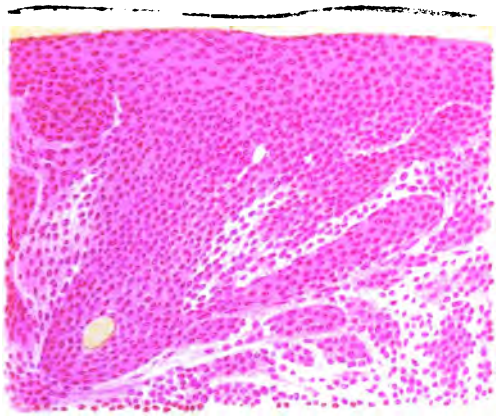


Fig. 3.

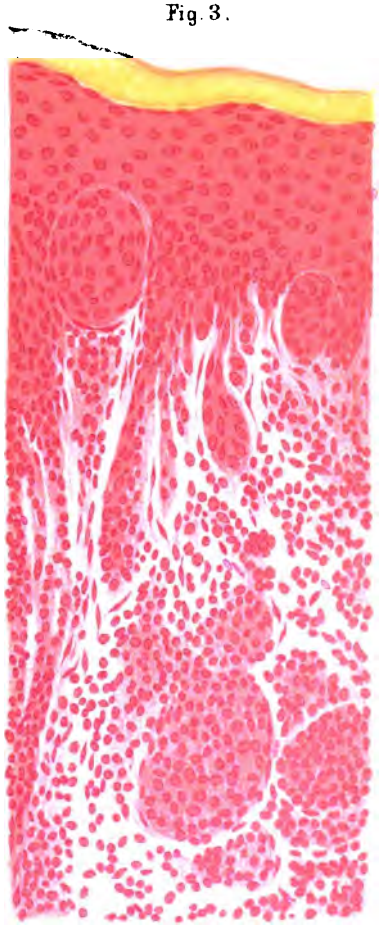


Fig. 4.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXII. No. 4. 15. Februar 1896.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Zur pathologischen Anatomie der Lepra der Nervenstämme.

Von

Dr. James C. Kellogg-New Orleans U. S. A.

Volontär-Assistent des dermatologischen Laboratoriums und der Klinik des Herrn Dr. P. G. Unna.

(Mit Tafel III.)

Da ich vor kurzem Gelegenheit hatte, einen leprösen Nervus medianus, welcher sich, in Alkohol gehärtet, in der Sammlung von Herrn Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium befand, zu untersuchen, so schien es mir interessant, mir ein eigenes Urteil in der Streitfrage zu bilden, welche in Bezug auf die Lage der Bacillen in den Nervenstämmen zur Zeit besteht.

Es ist bekannt, dafs Hermann Kühne im Jahre 1887[1] für das Verhältnis der Leprabacillen zu den Nervenstämmen eine analoge These aufstellte, wie Unna vor ihm hinsichtlich des Verhältnisses von Leprabacillen zum Hautgewebe. Beide Forscher kamen zu der Überzeugung, dafs die vakuolisierten Gebilde, welche Virchow in seinem Geschwulstwerk lange vor der Entdeckung der Bacillen als „Leprazellen" bezeichnete und welche von Neisser als bacillenhaltig erkannt wurden, gar nicht den ihnen noch häufig beigelegten Namen: „Leprazellen" verdienen, sondern bacillenerfüllte und zum Teil kern- und zellenhaltige Lymphräume darstellen. Sie würden hiernach nicht dem Begriffe einer einheitlichen Zelle entsprechen, sondern als Konglomerate von pflanzlichen und tierischen Elementen aufzufassen sein. Zwischen den hierin im grofsen und ganzen übereinstimmenden Ansichten von Unna (Haut) und Kühne (Nerv) sind immerhin noch einige, wenn auch nicht wesentliche Differenzpunkte von vornherein wohl ins Auge zu fassen. Während Unna die „Leprazellen" vortäuschenden Bilder nicht nur als Ausfüllungen längs- und quergeschnittener Lymphgefäfse, sondern als solche von Lymphspalten engsten Kalibers hinauf bis zu den gröfsten Lymphgefäfsen betrachtet und

[1] Hermann Kühne. Zur pathologischen Anatomie der Lepra. *Dermatol. Stud.* Heft VI. 1887.

dadurch die ungemeine Variabilität der sog. Leprazellen in der Haut auf eine einheitliche und einfache Weise erklärt, beschränkt KÜHNE seine analoge Ansicht für die leprösen Nerven nur auf die Erfüllung von echten Lymphgefäßen, d. i. Lymphräumen mit selbständiger Wandung aus Plattendothelien.

Die zweite Differenz zwischen den Ansichten von KÜHNE und UNNA liegt in der Auffassung der schwer färbbaren Masse zwischen den Bacillen. Während UNNA in derselben überall Bacillenschleim (Gloea) erblickt und daher auch schon die eigentlichen, kleinen VIRCHOWschen „Leprazellen" als verschleimte und Kerne einschließende Gloeahaufen betrachtet, hält KÜHNE an dem Vorkommen echter, bacillenhaltiger Zellen in beschränktem Maße fest. Für ihn sind nur die größeren Haufen deutliche Konglomerate. UNNA hingegen hat eine durchaus einheitliche Auffassung sämtlicher hier vorkommenden Gebilde, welche immer nach dem Schema entstehen und erklärbar sind, daß Bacillenhaufen sich in Lymphräumen entwickeln und verschleimen und die ihnen anliegenden Bindegewebe, resp. Endothelzellen atrophieren und in den Bacillenschleim eingeschlossen werden. UNNA sieht in den glasklaren Lücken der Bacillenhaufen, soweit es sich nicht um Reste größerer Lymphräume handelt, ebenfalls Gloea. KÜHNE sucht in ihnen erstens: Reste größerer Lymphräume, zweitens: geronnenes Fibrin und drittens, wenn die Bacillen in Zellen vorkommen: Vakuolen.

Seine Auffassung hinsichtlich der Bacillen in den Nervenstämmen giebt KÜHNE zum Schlusse seiner Arbeit in folgenden Worten:

Wie schon oben bemerkt, wurde die Benennung „Leprazelle" zu einer Zeit gewählt, wo die Leprabacillen noch ganz unbekannt waren, also jedenfalls ein sehr wesentlicher Faktor zur richtigen Deutung der betreffenden Gebilde fehlte. Da es nun aber bei schwierigen Deutungen mikroskopischer Bilder nicht genügen kann, sich auf einfache Ähnlichkeiten zu berufen, so kam ich infolge der Heranziehung aller Faktoren, welche Licht über die Genese dieser Bilder zu verbreiten vermögen, zu der Ansicht, daß es sich bei den fraglichen Gebilden nicht um einheitliche Zellen, sondern um mit Pilzen angefüllte Gefäßschnitte handelt.

Überall, wo die Lymphgefäße so geordnet sind, daß ein Schnitt eine größere Anzahl von ihnen längs treffen kann, wie in einem Nerven oder in der Niere, werden die langen mehr oder weniger gewundenen Pilzanhäufungen in größerer Anzahl zur Anschauung kommen; wo dagegen, wie in der Lunge, Haut, Leber und Milz, dieselben mehr geschlängelt und nicht in einer Ebene verlaufen, werden die Quer- und Schrägschnitte überwiegen. Dies trifft nicht allein bei Mäuseseptikämie, sondern auch bei der Lepra zu, und es kann nicht nachdrücklich genug betont werden, was denn eigentlich von den sog. Leprazellen übrig bleibt, wenn man einmal die Existenz mit Leprabacillen ausgestopfter Lymphgefäße zugegeben hat und sich dadurch nicht mehr der Notwendigkeit verschließen kann, auch Quer- und Schrägschnitte dieser Gefäße anzunehmen, die doch unbedingt vorhanden sein müssen und deren Form sich so leicht a priori in ihrer ganzen groben Zellenähnlichkeit konstruieren läßt.

Betrachten wir einen Längsschnitt eines Lepranerven, so zeigt er ganz besonders instruktiv alle möglichen Formen von Bacillenanhäufungen: feine strichförmige Linien, dickere mehr oder weniger gewundene Cylinder mit oder ohne Zellkerne, ovale

Haufen verschiedener Größe, ebenfalls mit und ohne Kerne, und rundliche verschiedene große Formen, welche in Bezug auf die Kerne dasselbe Verhalten zeigen. Auffällig war es mir, daß ich niemals Längsschnitte von mit Bacillen erfüllten Lymphgefäßen von einer Dicke erhielt, welche den größeren Bacillenhaufen (als Querschnitt betrachtet) entsprochen hätten. Man könnte daraus den Schluß ziehen, daß wenigstens diese große Haufen nicht in diesem Sinne gedeutet werden könnten, indessen muß es bei näherer Überlegung doch wahrscheinlicher erscheinen, daß bei so bedeutenden Pilzwucherungen in den Lymphgefäßen diese stellenweise ausgebuchtet und noch mehr gekrümmt werden, wie sie es in den meisten Fällen schon an sich sind, wodurch sich das Fehlen von als solche imponierenden Längsschnitten leicht erklärt.

Nach alledem bin ich zu der Überzeugung gekommen, daß die Leprabacillen in erster Linie in den Lymphgefäßen günstige Bedingungen zur Koloniebildung finden. Anhaftende Lymphkörperchen, sowie anliegende Endothelzellen können von ihnen ebenfalls befallen und in die Zoogloea eingeschlossen werden. Derartige unfixierte Zellen können mit dem Lymphstrom ins Blut gelangen, wo sie indessen selten oder nie festsitzende Kolonien bilden. Gelangen die Leprabacillen dagegen auf diesem Wege in andere Lymphgefäße, so ist damit die Möglichkeit der Bildung neuer Herde gegeben. Sieht man von den Bacillen enthaltenden Zellen normaler Größe ab, so sind alle übrigen mehr oder weniger großen Bacillenhaufen mit oder ohne Kerne und sog. Vakuolen nicht als einheitliche Zellen aufzufassen, wenn auch ein oder mehrere Lymphkörperchen zu ihrem Bestande gehören können, sondern als schräge oder gerade Lymphgefäßschnitte. Die sog. Vakuolen können auf sehr verschiedenartige Weise entstehen und bilden nichts für die Lepra Spezifisches. Die häufig in den Bacillenhaufen liegenden gut gefärbten Kerne sind entweder als in den Haufen eingeschlossenen noch relativ gesunden Lymphkörperchen angehörig oder als in der Umgebung liegende Endothelzellenkerne zu betrachten.

Nehmen wir nun noch die Unwahrscheinlichkeit eines gemeinsamen Haushaltes von Pilzen und Zellen hinzu, welche man doch schließlich annehmen muß, um ein so starkes Anwachsen der letzteren zu erklären, so wird es nicht mehr schwer halten, den Begriff „Leprazelle“ fallen zu lassen. Es ist jedenfalls das Verdienst Unnas, diesen zur Legende zu werden drohenden Begriff zuerst erschüttert, die Koloniebildung der Leprabacillen in den Lymphgefäßen richtig erkannt und die daraus resultierenden mikroskopischen Bilder entsprechend gedeutet zu haben.

Nach Kühne hat Chassiotis[1] als Erster im leprösen Rückenmark Schwärme von Leprabacillen nachgewiesen und spricht sich ebenfalls sehr entschieden für den extracellulären Sitz der Bacillen daselbst aus. Sie sitzen nach diesem Autor „immer in Gruppen, welche teils runde oder eiförmige Körperchen — die sog. leprösen Zellen — bilden, teils ganz unregelmäßige, kürzere, breitere, schmälere, gerade oder gekrümmte, überhaupt ganz verschiedene Figuren aufweisen. Bei manchen Schnitten hat sogar die Mannigfaltigkeit der Figuren eine große Ähnlichkeit mit denen injizierter Lymphgefäße“. Er fährt dann fort:

Die Nervenfasern und die Ganglienzellen bleiben durchaus intakt von Bacillen, so weit bis jetzt meine Untersuchungen gehen.

Die runden oder eiförmigen Körperchen, die allgemein als lepröse Zellen auf-

[1] Chassiotis, Über die bei der anästhetischen Lepra im Rückenmarke vorkommenden Bacillen. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* Bd. VI. 1887.

gefafst werden, sind entweder überall mehr oder weniger mit Bacillen angefüllt, oder enthalten gröfsere oder kleinere, voneinander gesonderte Bacillenhaufen.

Diese Körperchen sind von einer glasigen Membran (Schleimhülle) bedeckt, wovon man sich überzeugen kann, wenn man sie durch Zerzupfen isoliert, wo dann bei lebhafter Färbung der Bacillen der Rand jedes Körperchens sich deutlich abhebt. Diesen Rand können wir gleichfalls bei den sog. Riesenzellen erkennen, wo mehrere Körperchen, von 2 bis 17, in einer grofsen Kugel zusammenfliefsen, wobei sie jedoch durch den Rand ihrer Membranen, der sich als Schaum darstellt, voneinander getrennt erscheinen.

Es ist mir niemals gelungen, das Protoplasma dieser Körperchen durch irgend welches Färbemittel, auch mit Vermeidung von jeder Säure, zu färben, es bleibt also immer farblos.

Die Färbung durch Methylenblau ohne Anwendung von Essigsäure zeigt sowohl die Kugeln, wie irgend welche andere Bacillenfiguren vollkommen blau, so dafs man die Bacillen nur kaum oder gar nicht unterscheidet, mit Anwendung derselben aber, die mir hier immer ausgezeichnete Resultate verschafft hat, verschwindet die Farbe sofort aus dem Protoplasma, worauf nur die Bacillen höchst deutlich hervortreten, nicht in blauer, sondern in blauroter Färbung. Bei dieser Behandlungsweise ist wohl kein Grund, anzunehmen, dafs die Essigsäure die Färbung des Protoplasmas verhindert; viel eher dürfte sie diese befördern.

Durch eine zweite Vor- oder Nachfärbung, entweder durch Bismarckbraun oder durch Hämatoxylin (nach dem Verfahren von Touton), habe ich es nie zuwege gebracht, ein Protoplasma lepröser Zellen des Rückenmarkes oder einen Kern derselben zu färben. Folglich stimme ich auf Grund meiner hier durch Ölmethode gemachten Beobachtungen Unna bei, welcher auf Grund seiner Antrocknungsmethode die Behauptung aufstellte, dafs „in den Bacillenhaufen unter keinen Umständen ein Zellenleib färbbar“ noch „ein Kern nachweisbar“ ist, ohne weiter mich in die mannigfachen Kontroversen zu mischen, welche von Armauer Hansen, Neisser, Metschnikoff, Touton, Cornil und Babes u. a. gegen diese Ansicht erhoben worden sind. Aber auch Leloir ist zu dem Resultate gekommen, dafs die leprösen Zellen mit zelligen Elementen nichts gemein haben, sondern einfach Haufen von Bacillen und Sporen sind. Ich glaube, mich mit um so mehr Recht dieser Ansicht anschliefsen zu dürfen, als ich nicht blofs kein Protoplasma und keinen Kern zu färben im stande war, sondern auch so mannigfaltige Formen der Bacillenhaufen, insbesondere im Rückenmarke, vorfand, dafs es mir schwer zu sein scheint, sie unter irgend welche zellige Elemente unterzubringen. Sie können also nur den Lymphbahnen angehören, welche sie blofs füllen oder auch im Verhältnis zu ihrer gröfseren oder geringeren Anhäufung zu kugel- oder eiförmigen Räumen erweitern.

Aus seinen eigenen Untersuchungen kommt Chassiotis zu dem einen Schlusse, u. a. wörtlich gesagt folgendes:

Was die sog. leprösen Zellen betrifft, so konnte ich mich, soweit meine Beobachtungen im Rückenmarke gehen, auf keine Weise überzeugen, dafs sie wirkliche Zellen sind, in deren Inneres die Leprabacillen haufenweise eindringen: im Gegenteil betrachte ich dieselben als selbständige Bacillenkolonien, die von einer Schleimhülle umgeben sind und sich in den Lymphbahnen befinden (genau wie Unna).

Leloir in seinem *Traité de la lèpre* (1886) hatte sich über die in Rede stehende Frage folgendermafsen ausgesprochen:

En 1882, j'ai publié dans la Revue des Sciences médicales un travail sur les affections cutanées d'origine nerveuse, travail dans lequel je considérais la névrite

parenchymateuse des nerfs périphériques comme secondaire à l'action locale du virus, du micro-organisme de la lèpre sur l'élément nerveux. Les recherches histologiques de NEISSER, de HANSEN et les miennes ont montré qu'il existait en effet entre les tubes nerveux des bacilles libres ou renfermés dans les cellules d'endonévrite interstitielle dissociant les tubes nerveux. Mais contrairement à NEISSER, je ne crois pas que les bacilles situés entre les nerfs soient contenus toujours dans de grosses cellules (cellules lépreuses de VIRCHOW). Je les ai souvent trouvé entre les tubes nerveux à l'état libre, soit disséminés, soit groupés, soit sous forme de grosses boules, d'amas zoogloéiques nullement contenus dans un élément cellulaire quelconque. Je n'ai jamais pu constater avec netteté la présence de bacilles dans l'intérieur des tubes nerveux dégénérés.

Diesen ziemlich übereinstimmenden Angaben über den Sitz der Leprabacillen innerhalb der Nervensubstanz gegenüber hat neuerdings LIE[3] es unternommen, die ältere, NEISSERsche Ansicht von der intracellulären Lagerung der Bacillen zu verteidigen, speziell indem er die KÜHNEschen Behauptungen kritisierte.

Wir können die Gründe, welche LIE für intracelluläre Lagerung angiebt, einteilen in theoretische Betrachtungen und positive histologische Befunde. Eigentlich haben nur die letzten für mich eine Bedeutung, da unsere theoretischen Betrachtungen sich nach den positiven Befunden richten, die wir kennen und mit diesen sich als richtig oder irrtümlich erweisen. Immerhin will ich die wichtigeren allgemeinen Gründe anführen, welche LIE für die intracelluläre Lagerung der Bacillen der Lepranerven aufstellt.

Er sagt:

Ein wenig auffällig muſs es auch sein, anzunehmen, daſs die Leprabacillen in den Nerven in den Lymphgefäſsen liegen, während sie sonst überall in den Zellen zu finden sind.

Dieser Grund ist natürlich nur stichhaltig für solche Autoren, welche die Bacillen nach der älteren Anschauung in Zellen verlegen. Für diejenigen, welche in den sog. Leprazellen entweder Bacillenschleim mit Bacillen oder Konglomerate von diesen mit atrophierten Zellen und Kernen sehen, ist es im Gegenteile ganz natürlich, daſs sich die Sache innerhalb der Nerven ebenso verhält, wie in der Haut, und es wäre umgekehrt „ein wenig" auffällig, anzunehmen, daſs die Leprabacillen in den „Nerven", n i c h t in den Lymphbahnen liegen, wo sie sonst überall zu finden sind.

„Warum wachsen die Bacillen", fragt LIE weiter, „dann nicht schnell durch die Lymphbahnen des ganzen, sowohl des peripheren als auch des zentralen Nervensystems fort? Der Weg ist ja ziemlich gerade."

Hierauf möchte ich erwidern, daſs wir über die Gründe der sonderbaren Prädilektionen der Bacillenansammlungen in der Haut und in den Nerven, so interessant sie sind, überhaupt noch nicht viel wissen. Be-

[3] H. P. LIE, Zur pathologischen Anatomie der Lepra. *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* Bd. XXIX. 1895.

kanntlich führt UNNA in Bezug auf die Haut manche Prädilektionen auf den Umstand zurück, dafs die Bacillenansammlungen das straffe und gespannte Gewebe möglichst meiden und in dem nachgiebigen und spannungslosen mit Vorliebe vegetieren. Ich bin nun nicht gezwungen, die Frage von LIE, welche vielleicht niemand heutzutage sicher erledigen kann, durch eine Hypothese zu beantworten. Aber könnte es in den Nervenstämmen nicht ebenso sein, wie UNNA es in der Haut findet? Wir haben ja im ganzen Körper keine Nervenstämme, welche so grofsen Bewegungsexkursionen fortwährend ausgesetzt sind, wie die Nervenstämme, welche über das Ellenbogengelenk und Kniegelenk hinwegziehen. Mir scheint es nun ganz konsequent zu sein, aus dem Mangel an Elastizität der Nervenstämme und der Notwendigkeit ihrer Exkursionen bei den Bewegungen der Extremitäten zu schliefsen, dafs dieselben in der Nähe der gröfsten Bewegung am freiesten innerhalb ihrer Umgebung verschieblich sein müssen, d. h. mit anderen Worten, an diesen Stellen von den weitesten und nachgiebigsten Lymphräumen umgeben sind. Sollte sich diese Hypothese bei weiterer Nachforschung bestätigen, so wäre damit nach meiner Meinung ein Verständnis der bekannten Prädilektionsstellen für Lepra oberhalb des Ellenbogens im Medianus und Ulnaris, sowie im Peronaeus angebahnt. Wenn LIE nun so fortfährt:

Warum wachsen die Bacillen so langsam durch die peripheren Nerven, und warum findet man die Bacillen dann so selten oder gar nicht im Rückenmarke oder Gehirn? —

so mufs ich LIE zweierlei hierauf zu bedenken geben. Erstens war ein Forscher, nämlich CHASSIOTIS, bekanntlich so glücklich, im Rückenmarke sehr grofse Ansammlungen von Bacillen zu finden, welche derselbe auch abgebildet hat.[4] Und zweitens halte ich es für sehr viel leichter, dafs sich diese Bacillenkulturen an den Prädilektionsstellen weiter vergröfsern, als dafs sich die Bacillen von hier aus in ihnen weniger zusagende, wenn auch offene Regionen weiter verbreiten.

Aber ich begreife überhaupt nicht recht, was diese Fragen für einen Wert für die Zellentheorie der Bacillen besitzen. Denn die Anhänger der Zellentheorie müssen doch annehmen, dafs die Bacillen sehr leicht in die Zellen einwandern und wenn sie konsequent sein wollen, müssen sie weiter annehmen, dafs die Bacillen auch ebensoleicht wieder aus den Zellen auswandern können. Dann aber könnte man die obigen Fragen mit ebensoviel Recht an die Zellentheoretiker richten, etwa so: „Warum wachsen die Bacillen denn nicht schnell von einer Zelle entlang den Nervenstämmen in die andere? Der Weg ist ja ziemlich gerade: warum wachsen sie so langsam und kommen so selten im Rückenmark und Gehirn zur Anschauung?“

[4] CHASSIOTIS, Über die bei der anästhetischen Lepra im Rückenmarke vorkommenden Bacillen. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* Bd. VI. 1887. Taf. VII u. VIII.

Endlich sagt Lie noch folgendes:

Wenn man der Anordnung der Lymphbahnen in den Nerven eine so grofse Rolle bei der Bildung der öfter erwähnten, langgestreckten Bacillenkolonien zuschreiben will, mufs man auch nicht vergessen, dafs man gerade hier und im Nervengewebe so viele grofse, besonders langgestreckte Zellen, wie sie sonst kaum vorkommen finden kann.

Dieser Punkt hat mir mehr zu denken gegeben. Lie spricht sich nicht deutlich darüber aus, was für Bindegewebszellen er damit meint. Sind es Zellen des peri- oder intrafascikulären Bindegewebes, oder sind es Zellen der in die Nerven eintretenden Blutgefäfse? Ich habe mich in den mir zugänglichen Handbüchern der Anatomie und Histologie vergeblich nach Notizen über solche besonders langgestreckte Bindegewebszellen zwischen den Nerven der peripheren Nervenstämme umgesehen, mufs also annehmen, dafs diese von Lie zuerst beschrieben worden sind. Ich werde weiter unten bei Gelegenheit der Besprechung von Lies positiven Befunden auf meine Auffassung dieser „besonders langgestreckten Zellen" zurückkommen.

Übrigens stimme ich in dem Punkte mit Lie vollkommen überein, dafs „theoretische Betrachtungen und Analogien nicht genügen, um jeden Zweifel zu entfernen; man mufs die Zellen und die Bacillen in ihnen demonstrieren. Der einzige Weg, der dann übrig bleibt, ist das Zerzupfen der Präparate" — und auf dieses Gebiet der positiven Befunde möchte ich Lie jetzt folgen.

Das Material, welches mir zur Untersuchung vorlag, bestand aus einem in Alkohol gehärteten Nervus medianus eines Leprösen. Derselbe wurde nach Einbettung in Celloidin geschnitten, und zwar sowohl in Längsschnitte, wie in Querschnitte zerlegt. Die Schnitte wurden teils ohne weiteres gefärbt nach vorheriger Maceration in stark verdünnter Soda- oder Essigsäure-Lösung während 24 Stunden, teils zerzupft.

Die schönsten Bacillenbilder ergab das Antrocknungsverfahren nach Unna.

Als Färbemethoden habe ich die folgenden angewandt: 1. Einfache Färbung mittelst Karbolfuchsin-Lösung nach Ziehl-Neelsen. 2. Doppelfärbung mittelst Karbolfuchsin-Lösung und der Orange-Tannin-Lösung. 3. Doppelfärbung mittelst Hämatoxylin- und Karbolfuchsin-Lösung. 4. Dreifache Färbung mittelst Hämatoxylin-, Karbolfuchsin- und Wasserblau-Tannin- oder Orange-Tannin-Lösung. 5. Dreifache Färbung mittelst Gentiana-Jod-Vesuvin-Eosin. 6. Dreifache Färbung mit Karbolfuchsin-Hämatoxylin-Eosin-Lösung. 7. Dreifache Färbung mit Anilinwasser + Safranin-Hämatoxylin-Eosin nach Lie. 8. Einfache Färbung mittelst der Polychrom-Methylenblau-Roteblutlaugensalz-HCl + Anilinöl (1:1000) -Methode nach Unna, besonders gut, um das Coccothrixbild der Bacillen zu demonstrieren. 9. Doppelfärbung mittelst Vesuvin-Karbolfuchsin und Entfärbung

mittelst HNO_3 + Anilinöl (1 : 1000) und schliefslich 10. die gebräuchliche Doppelfärbung mit Hämatoxylin- und Karbolfuchsin-Lösung. Weil diese letzte Methode mir in einer bestimmten Modifikation die besten Präparate lieferte, erlaube ich mir, dieselbe genauer anzugeben: Die Schnitte werden gut in Wasser abgespült. Darauf folgt:

1. Färbung in einer frisch (nach Böhmer) bereiteten Hämatoxylin-Lösung, 3/4 Stunden.
2. Längere Abspülung in Wasser.
3. Starke Gegenfärbung in verdünnter Karbolfuchsin-Lösung, zwölf Stunden.
4. Leichte Abtrocknung auf dem Objektglas mit Fliefspapier.
5. Entfärbung mittelst einiger Tropfen HNO_3 + Anilinöl (1 : 1000).
6. Anilinöl.
7. Xylol.
8. Kanada-Balsam.

Zum Zerzupfen habe ich nur die mittelst dieser letzten Methode gefärbten Schnitte benutzt. Dieselben waren stets Längsschnitte, welche durch Einbettung in Celloidin gewonnen waren. Nachdem dieselben mittelst Alkoholäther vom Celloidin befreit waren, kamen die Schnitte zur Aufquellung 12—24 Stunden in eine stark verdünnte Lösung von Essigsäure oder Soda, wurden wieder mit Wasser gründlich abgespült und dann dem obigen Färbeprozefs unterworfen. Anstatt in Anilinöl, Xylol und Balsam übergeführt zu werden, kamen die Schnitte in einen Tropfen des stark eingedickten Cedernöls auf den Objektträger. Nachdem das eine Ende mit Fliefspapier gut getrocknet war, konnte dieses mittelst eines quer darübergelegten feinen Streifens von gummiertem Papier auf den Objektträger festgeklebt werden. Der übrige, alles Wesentliche enthaltende Teil des Längsschnittes wurde sodann mittelst zwei zu allerfeinsten Spitzen ausgezogenen Glasstäbchen in folgender Weise zerzupft. Ich bewegte beide Glasspitzen vom festen Ende des Schnittes gleichzeitig und gleichmäfsig bis zum entgegengesetzten Ende, sanft über den Schnitt hinstreichend und ihn dabei in seine Fasern zerteilend. Der dicke Öltropfen erwies sich dabei sehr nützlich, um eine gewaltsame Bewegung und ein Abreifsen und Durchreifsen einzelner Nervenfasern möglichst zu verhüten. Bei gut gelungener Ausführung dieser mechanischen Zerteilung trennen sich zuerst die seitlich den Längsschnitt begrenzenden, bindegewebigen Streifen, welche das Perineurium darstellen. Dann fasert das eigentliche Nervenbündel, zuerst in gröbere, dann in feinere Bündel auf und zerfällt schliefslich in einfache Nervenfasern unter gleichzeitiger Entblöfsung der eingeschlossenen Bacillenmassen. Wenn die Zerzupfung genügend weit gediehen ist, so bringt man einen Tropfen Balsam auf den Schnitt, welcher bei Auflegung des Deckgläschens und sanftem Druck sich dann fächerförmig an einem

Ende in seine faserigen Bestandteile ausbreitet, während er am anderen Ende noch durch das Papier fest zusammengehalten wird. Diese Art der Zerzupfung der gehärteten und gefärbten Präparate mit Fixierung des Nervenlängsschnittes an einem Ende giebt nach meiner Überzeugung allein die Möglichkeit, jeden Bestandteil nach der Zerzupfung nicht blofs zu erkennen, sondern auch an den rechten Ort innerhalb des Nerven zu verweisen. Der erste positive Befund von Lie, auf welchen sich derselbe stützt, um das Vorkommen der Bacillen in Zellen zwischen den Nerven zu beweisen, ist der folgende. Er sagt: „.... dafs man gerade hier und im Nervengewebe so viele grofse, besonders langgestreckte Zellen, wie sie sonst kaum vorkommen, finden kann", und will auf diese Weise erklären, wieso es komme, dafs man die Bacillen innerhalb der Nervenstämme in so sehr langgestreckten Kolonien findet, was allerdings für die Zellentheorie sehr auffallend und unbequem sein mufs. Leider ist es aber bisher nicht bewiesen, dafs diese „besonders langgestreckten Zellen" in den Nervenstämmen existieren. Bei einer Durchsicht einiger Lehrbücher der Anatomie und Histologie (Quain-Hoffmann, Orth und Ranvier) finde ich diese Zellen nirgends erwähnt. Die Lehrbücher der ersteren beiden Autoren enthalten über das feinere Detail des intrafascikulären Bindegewebes der Nervenstämme keine hierfür brauchbaren Angaben. Dagegen finde ich in Ranviers *technischem Lehrbuch der Histologie* (Deutsche Übersetzung, 1888, S. 709 u. 710) eine sehr genaue Schilderung des in die einzelnen Nervenbündel sich hineinerstreckenden Bindegewebes, also desjenigen Bindegewebes, welches uns hier als fraglicher Aufenthaltsort der in den Nervenbündeln vegetierenden Bacillen vorzugsweise interessiert. Nach Ranvier besteht dasselbe aus Bindegewebsplatten, welche von der gemeinsamen, blättrigen Scheide des Nervenbündels ausgehen, das letztere in mehrere Abteilungen scheiden und zugleich den eindringenden Blutgefäfsen als Stütze dienen, und weiter aus faserigem gewöhnlichen Bindegewebe. Hier interessiert uns nur das letztere wegen der dasselbe begleitenden Zellen. Diese Zellen nun beschreibt Ranvier nicht als spindelförmig und auffallend langgestreckt, sondern als hohlziegelförmig gestaltete, unregelmäfsig konturierte, mit wenig langen Fortsätzen ausgestattete Platten. Dieselben sind beim Erwachsenen noch schmächtiger, als beim Neugeborenen. In Figur 257 giebt Ranvier eine sehr gute Abbildung von diesen intrafascikulären Bindegewebszellen.

Wenn mithin Lie seine „bacillenhaltigen", auffallend langen Spindeln für derartige Bindegewebszellen ausgeben will, so müssen die normalen Zellen daselbst unter dem Einflusse der Lepra neue und bisher unbeschriebene Gestalten angenommen haben. Dieser übrigens von Lie in keiner Weise bewiesenen Hypothese widerspricht es jedoch, dafs meine

Nachforschungen nach solchen Zellen beim Zerzupfen des normalen Medianus (frisch osmiert und alkoholgehärtet), wie des leprösen Medianus erfolglos geblieben ist.

Die Abbildungen auf Tafel VI von Lie, die solche langgestreckte Zellen vorstellen sollen (Figg. 4, 10 u. 11), sehen auch sehr wenig wie einfache Bindegewebszellen aus, schon aus dem Grunde, weil sie mit breit abgerissenen Enden aufhören. Sie können nach Maßgabe meiner Zupfpräparate entweder marklose Nervenfasern oder leere, abgerissene Stücke von Schwannscher Scheide oder kernhaltige, isolierte Stücke vom intra- oder perifascikulären Bindegewebe sein. Noch weniger als die Zellennatur dieser abgerissenen, kernhaltigen Fasern scheint mir von Lie bewiesen, daß die Bacillen in denselben liegen sollen. In Figur 4 und Figur 10 wird niemand, welcher, ohne von der Streitfrage zu wissen, die Figuren betrachtet, etwas anderes sehen können, als kleine, aufgeklebte Bacillenkolonien. Auch Figur 12 macht auf mich nicht den Eindruck einer lose in einer Bindegewebszelle liegenden Bacillenkolonie, sondern einer abgerissenen, marklosen Nervenfaser, auf welcher eine verschleimte Bacillenkolonie auf- und eingedrückt ist. Sollte Lie den ungefärbten Raum um die Kolonie nach der alten Ansicht als Vakuole des Protoplasmas oder degeneriertes Protoplasma einer Zelle auffassen, was nicht näher erörtert ist, so wäre jedenfalls ein Versuch zu machen gewesen, Protoplasma und Bacillenschleim histologisch zu trennen, womit Lie sich aber in keinem Teile seiner Arbeit beschäftigt. Wie Lie mithin die Figur 12 erklären will, muß unentschieden bleiben. Ich gebe (s. a. o.) in Figur 3 einige Nervenfasern mit aufgeklebten Bacillenkolonien aus einem zerzupften Medianus, welche ganz analoge Kolonien, wie in Figur 12 von Lie, aber im halben oder ganzen Profil zeigen, so daß jedermann sieht, daß es sich hier weder um eine Zelle, noch um eine intracelluläre Kolonie von Bacillen handeln kann. Auch der Beweis einer völligen Umgebung der Kolonie von Protoplasma, auf welchen Lie Wert legt, kann erst für geliefert erachtet werden, wenn dieselbe „Zelle“ wenigstens von zwei Seiten bei einer Achsendrehung von 90° gezeichnet wird, ohne daß Bilder resultieren, wie in meiner Figur 3 (eingedrückte Kolonien). Aus derselben Thatsache der in die Nervenfasern eingedrückten Bacillenkolonien ergeben sich auch ganz ohne Schwierigkeit die eingedrückten Formen einzelner, anliegender Kerne.

Dagegen gebe ich Lie in der Deutung seiner Figuren 3, 7, 8 und 9 als degenerierter Nervenfasern völlig recht. Diese Röhrchen scheinen mir markhaltige Nervenfasern zu sein, welche zum größten Teile ihr Mark verloren haben. Die an ihnen sichtbaren Kerne entsprechen den Kernen der Schwannschen Scheide mehr als denen des intrafascikulären Bindegewebes, und die doppeltkonturierte Hülle in Figur 9 kann gewiß

nur auf eine leere Nervenscheide bezogen werden. Dagegen scheint mir die Behauptung von Lie, dafs die Bacillen und Bacillenkolonien in diesen Röhrchen liegen, durchaus nicht bewiesen, und die genannten Figuren lassen alle die Deutung zu, dafs die Bacillen, wie ich es an meinem Zupfpräparate sehe, auf den leeren Nervenröhren und zwischen denselben liegen. Wenn ich Lie mithin gerne zugebe, dafs es sich bei den langgestreckten Kolonien im allgemeinen nicht um mit Leprabacillen erfüllte, röhrchenförmige Lymphgefäfse handelt, so bin ich doch ebensoweit davon entfernt, zu glauben, dafs Lie einen endoneuralen, wie einen intracellulären Sitz der Bacillen bewiesen habe. Vermöge meiner Präparationsmethode, welche die zum Theil noch in Zusammenhang befindlichen Nervenfasern fächerförmig gespreizt zeigt, geht zu deutlich hervor, dafs die scheinbar in marklosen und markhaltigen Nervenfasern liegenden Kolonien nur in dieselben eingedrückt sind, also zwischen denselben in den dort befindlichen Lymphspalten vegetieren. Würden die Leprabacillen analog den Streptobacillen des weichen Schankers in Form langer Ketten wachsen, so würden dieselben die Lymphspalten auch wohl rascher durchwachsen, ohne dieselben so vielfach aufzutreiben. Da die Bacillen aber die Neigung haben, rundliche Kolonien zu bilden, so müssen sie die Lymphspalten an vielen Stellen rosenkranzförmig erweitern und die anliegenden Nerven und Kerne entsprechend eindrücken.

In Figur 1 bilde ich einen von seinem Perineurium befreiten, mäfsig zerzupften und etwas gespreizten, mit Hämatoxylin gefärbten Nervenstamm bei schwacher Vergröfserung ab, welcher teils langgestreckte, teils kugelförmige und ovale, fuchsingefärbte Bacillenkolonien zeigt. Durch die Zerzupfung und Spreizung des Nervenstammes klaffen die Lymphspalten, wodurch die auf den Nerven befindlichen und in Buchten derselben eingedrückten Bacillenhaufen zum gröfsten Teile freigelegt werden. Hierbei zerfallen manche Haufen ohne weiteres in kleinere Häufchen, indem einzelne Partien eines gröfseren Haufens an einem anderen Nerven fester adhärieren, wie andere Partien desselben Haufens. An den letzten und feinsten, pinselförmig zerteilten Enden der Nervenbündel sieht man kleine Kolonien von Bacillen den einzelnen Nervenfasern aufsitzen.

Figur 2 zeigt einen anderen Nervenstamm, mäfsig zerzupft, bei stärkerer Vergröfserung, hauptsächlich um das lehrreiche und überall während der Zerzupfung wiederkehrende Bild zu zeigen, in welchem gröfsere Bacillenkolonien bei gabeliger Teilung des Nervenstammes sofort vollkommen frei an der Stelle der Gabelung liegen (*g*, Fig. 2).

In Figur 3 gebe ich mehrere gröfsere und kleinere, einzelne Nerven aus zerzupften Stämmen wieder. Die ersten entsprechen den Bildern 3, 7, 8, 9 von Lie, welcher dieselben für ausgehöhlte und von Bacillen erfüllte Nerven (sog. Nervenröhrchen) erklärt. Die letzteren entsprechen

den Bildern 10, 11, 12 von Lie, welche von ihm für „besonders langgestreckte Zellen“ mit Bacilleninhalt aufgefafst werden. Nach meiner Anschauung entsprechen diese Bilder samt und sonders Nervenfasern verschiedenen Kalibers, also markhaltigen und nicht-markhaltigen, von denen erstere an Alkoholpräparaten natürlich auch kein Mark mehr zeigen können, und auf denselben sitzenden, bezw. in dieselben eingedrückten Bacillenkolonien. Insbesondere mache ich auf die Stellen *a*, *a'* und *b*, *b'* der Figur 3 aufmerksam, von denen die ersteren bei gröberen, die letzteren bei feineren Nervenfasern ganz analoge Kolonien, teils en face, teils en profil zeigen.

Figur 4 habe ich noch zeichnen lassen, um die natürliche Isolierung der Kolonien nicht bloſs von den Nerven, sondern auch von den sehr spärlichen Bindegewebsfasern zu zeigen, welche aufser den Nerven verschiedenen Kalibers innerhalb des Nervenstammes vorkommen. Bei *a* sieht man eine besonders langgestreckte Bacillenkolonie, welche an einer Seite von einem Nerven, an der anderen von einer feinen, teilweise zerrissenen Bindegewebsfaser begrenzt ist, ohne daſs auch nur die Idee einer bacillenhaltigen, besonders groſsen Bindegewebszelle dabei aufsteigen könnte. Bei *b* sieht man neben einem schmalen Nerv eine Bindegewebsfaser hinstreichen von den sehr geringen Dimensionen, wie ich in dem betreffenden Medianus die Bindegewebsfasern meistenteils sehe, wo nicht stärkere Bindegewebszüge Blutgefäſse in die Nerven einführen.

Soll ich nach diesen meinen Befunden meine Ansicht über den Sitz der Bacillen und ihr Verhalten zu den Nerven einerseits, dem bindegewebigen Endoneurium andererseits kundgeben, so muſs ich es als:

1. Eine geradezu auffallende Thatsache bezeichnen, daſs die weitaus gröſste Mehrzahl aller Kolonien auf den Nerven und gar nicht im intrafascikulären Bindegewebe, am wenigsten innerhalb dessen, sehr dürftig ausgestatteten Zellen zu finden ist. Es fehlen, wenigstens in meinem Falle, alle Zeichen einer reaktiven Wucherung des fibrillären Bindegewebes, es fehlen jene vielen Plasmazellen und groſse nahezu nackte (groſsenteils saure) Kerne, welche nach Unna regelmäſsig bei der leprösen Invasion des Hautgewebes auftreten, und aus diesem Grunde eben tritt das Prinzip der Bacillenwucherung in den Lymphspalten hier im allgemeinen noch deutlicher hervor, als an der Haut. Die Invasion des Medianus ist hiernach zu bezeichnen als eine bacilläre Druckatrophie des Nerven ohne kompensierende Bindegewebshypertrophie.

2. Im Gegensatze zu Lie muſs ich behaupten, daſs die Bacillen auch nicht einmal in die atrophierenden und ihre des Markes beraubten „Nervenröhren“ einwandern, sondern auf denselben sitzen und, wie die Profilbilder zeigen, in die Nerven eingedrückt sind.

3. Die von Lie hervorgehobenen Druckerscheinungen an den Kernen

erklären sich ebensogut bei einem extraneuralen Sitz der sich vergrößernden Bacillenkolonie, wie bei einem intraneuralen (Lie).

4. Die von Lie als Beweismittel herangezogenen „besonders langgestreckten Zellen" des Endoneuriums existieren nach meiner Ansicht nicht, und die zu Grunde liegenden Bilder sind wahrscheinlich auf marklose Nerven mit aufsitzenden Bacillenhaufen zu beziehen.

Kann die Primula obconica eine Urticaria oder sonstige anverwandte Krankheit hervorrufen?

Von

Dr. Geljl und Dr. van Praag-Dordrecht.

Am 7. Juni 1895 konsultierte mich (Dr. v. Praag) eine 39 jährige verheiratete Dame wegen einer beinahe vollkommen geheilten Affektion des Gesichtes und der Volarseite beider Hände. Die sehr nervöse Frau erzählte mir, daß die Hautkrankheit zuerst vor vier Jahren auftrat. Vor dieser Zeit war sie gesund; nur hatte ihr ein bekannter Gynäkolog wegen einer allen medizinischen Mitteln trotzenden Hypermenorrhoe zu einer lokalen Behandlung der Gebärmutter geraten. Die Hautkrankheit, welche in periodischen Anfällen von einer Dauer von einigen Tagen auftrat, charakterisierte sich durch heftiges Jucken, Schmerz und Schwellung der betroffenen Teile und zeigte sich nur auf dem Gesichte und den Händen. Am Gesichte wurden namentlich die Augenlider immer stark mitbeteiligt. Vor drei Jahren hat Professor v. Haren-Noman (wie mir aus freundlicher brieflicher Mitteilung hervorgeht) die Kranke gesehen. Seine Diagnose lautete: Urticaria und akutes Ödem. Die alsdann in Vorschlag gebrachte Therapie (Atropin nebst Valerianas chinicus), welche auch ich schon befolgt hatte, sollte die Krankheit ein gutes Jahr gänzlich zurückgehalten haben. Allmählich fing sie an sich wieder zu zeigen, erst in schwächeren, jetzt in stärkeren Anfällen. Ein Zusammenhang zwischen Menstruation und Hautausschlag scheint nicht ausgeschlossen, weil letztere direkt vor oder während der Periode in die Erscheinung zu treten pflegt.

Bald nach der ersten Konsultation wurde ich telegraphisch aufgefordert, Patientin einen Besuch abstatten zu wollen, weil sie einen neuen Anfall hatte. Ich fand die Lider des linken Auges stark geschwollen, so daß von einer Öffnung nicht die Rede sein konnte, und am Rande

des Unterkiefers Urticaria nebst Bullae und Vesikeln. Die Volarseite beider Hände zeigte dasselbe Bild: Urticaria mit Blasenbildung. Die kranken Hautstellen waren schmerzhaft. Therapie: innerlich Antipyrin, äufserlich indifferentes Pulver (mit Menthol). Sechs oder sieben Wochen nachher spielte sich dieselbe Scene wieder ab, nur das rechte Auge war jetzt betroffen, und konnte ich die Patientin mit ihrem Hausarzte sehen. Weil die Kranke sehr bestimmt und entschieden klagte über Beschwerden seitens des Genitalapparates, weil angeblich ein Zusammenhang zwischen Menstruationsperiode und Ausschlagsanfall nicht unwahrscheinlich vorhanden war und die Hautkrankheit keine genügende Erklärung abgab für den verstimmten und nervösen Allgemeinzustand, drängte ich unter Beifall ihres Arztes auf eine Beratung mit einem Gynäkologen.

Am 2. September 1895 zeigte sich mir (Dr. Geijl) Frau K., welche Mutter von zwei Kindern, dem ältesten im Alter von elf, dem jüngsten von neun Jahren, zwei schwierige Entbindungen durchgemacht hat. Sie hat nie abortiert, aber immer starken Fluor albus und sehr profuse, obgleich regelmäfsige Menstruation gezeigt. Nicht nur die Absonderungen hatten einen starken, unangenehmen Geruch, sondern Patientin stank aus dem Munde und, wenn der Ausschlag da war, aus den betroffenen Hautstellen derart, dafs an ein eheliches Zusammenleben nicht gedacht werden konnte und Frau und Mann ihre Nächte auf gesondertem Zimmer verbrachten. Schmerzen unbedeutend, nur während der ersten Tage der Periode.

Die Untersuchung zeigte eine leicht blutende, die ganze Vaginalportion einhaltende Erosion; das Collum beiderseits hoch eingerissen und stark verdickt; das Cavum uteri kolossal vergröfsert und dessen Schleimhaut schmerzhaft und leicht blutend. Das Perineum eingerissen bis auf den Sphinkter. Die linken Adnexa und namentlich das Ovarium bei Betastung schmerzhaft.

Die Haut der Kranken war sehr reizbar; kleine Reize oder Stöfse riefen unmittelbar eine starke Rötung hervor, und dermographische Experimente schlugen, und namentlich auf den Armen und Händen, nie fehl.

Therapie: Keilförmige Excision der beiden Labien, Kolpoperineoraphie und Excochleatio uteri mit nachfolgender resorbierender Behandlung.

Genesungsverlauf ungestört. Drei Wochen post operationem wurde noch ein paarmal die Massage à la Thure-Brandt geübt.

1. Dezember 1895. Patientin berichtet, sie sei viel besser, als früher; die profuse Menstruation zeigt sich nicht mehr, und der Allgemeinzustand ist ausgezeichnet. Aber wenn sie noch dabei auch gänzlich von ihrem Ausschlage befreit bleibe, dies dürfe man nicht ohne weiteres der befolgten gynäkologischen Therapie zu gute kommen lassen. Diese hat gewifs nicht

wenig geleistet, die lokalen und allgemeinen Beschwerden verbessert oder zum Verschwinden gebracht, aber den Ausschlag hat sie nicht gebessert. Dessen sei sie gewiss, dieses Resultat verdankt sie etwas ganz anderem. Schon während der Behandlung hatte uns der Ehemann aufmerksam gemacht auf die Thatsache, dafs gewisse Leute, welche eine kleine Zimmerpflanze, die Primula obconica, pflegen, nicht selten von einem Hautleiden betroffen werden, das dem seiner Frau nicht allzu unähnlich sei. Er hatte von mehreren derartigen Fällen gehört, und es scheinen auch etwelche in Fachblättern der Gärtnerei beschrieben zu sein. Auch seine Frau hatte diese Pflanze in den letzten Jahren immer gepflegt. Es war ihm ein Fall einer älteren Dame bekannt, welche jahrelang an dieser Krankheit gelitten hat und diese schwinden sah, wenn sie die Pflanze aus ihrem Zimmer fortgeschafft hatte. Die frühere Patientin sendet mir jetzt in ihrem Briefe einen Zeitungsartikel, woraus hervorgeht, dafs in einem englischen Fachblatte, *The Gardener*, drei Fälle von Dermatitis mitgeteilt werden, welche angeblich einer Einwirkung der Primula obconica ihre Entstehung verdanken. Sie erzählt mir nebenbei, dafs jetzt in ihrem Wohnorte ein neuer Fall von Dermatitis festgestellt worden ist bei einem Gärtner, welcher die schädliche Pflanze tagtäglich pflegte. Das geeignete Land, ihre schädliche Wirkung zu entfalten, scheint also die Primula in der Gegend, woher unsere Kranke stammt, gefunden zu haben. Hier in Dordrecht, wo die Pflanze eine zeitlang sehr gesucht war und noch jetzt nicht selten kultiviert wird, haben wir nicht einen einzigen Fall ausfindig machen können, der der Wirkung der Primula in die Schuhe geschoben werden konnte. Und die Gärtner hatten zwar von den schlechten Eigenschaften gehört, aber diese selbst nie empfunden. Einer zeigte sogar ein holländisches Fachblatt, das die angegriffene Blume gegen ihre Nachsteller in Schutz nahm. Die Pflanze selbst ist bekannt genug und bedarf nicht einer neuen Beschreibung. Es sei genug, zu erwähnen, dafs sie auf den Stengeln und Nerven der Blätter drüsenführende Härchen trägt, welche ein Gift beherbergen können. Wenn es vorhanden ist, so ist es auf unserer Haut wirkungslos, denn wir haben uns wiederholentlich die Hände mit den Stengeln und Blättern eingerieben, und immer blieb uns die Haut gesund. Auch andere, welche an sich die Pflanze erprobten, konnten ebensowenig eine Urticaria oder Dermatitis hervorrufen.

Diese Meinungen und Thatsachen werden deshalb so ausführlich mitgeteilt, weil im Band XXI, No. 11 der *Monatsh. f. prakt. Derm.* Jessner eine Beobachtung Riehls, „Über Dermatitis durch Berührung einer Primel", referiert. Die ursprüngliche Abhandlung, welche angeblich in der *Wien. med. Wochenschr.*, 1895, No. 11, vorkommen soll, wird dort nicht gefunden. Im Referat heifst es: „Als Ursache dieser Affektion ergab sich die Berührung einer Primelart (Primula obconica), die aus

China eingeführt ist. Der Sitz des hautreizenden Stoffes sind wahrscheinlich kleine, an den Blättern sitzende Härchen. Diese bestehen aus drei säulenförmig angeordneten, cylindrischen Zellen, deren Endglied kugelig, bläschenförmig oder gefaltet ist, je nach der Füllung. Diese besteht aus einer farblosen oder gelblich klaren Flüssigkeit. Die Natur des irritierenden Stoffes konnte noch nicht genauer festgestellt werden. Bei weiterer Anfrage stellte sich heraus, dafs diese böse Eigenschaft der Pflanze den Gärtnern bekannt ist und sehr viele gegen diese Substanz sehr empfindlich sind. In der Litteratur findet sich nur ein Fall von Posley in der *Lancet* mitgeteilt."

Also die Möglichkeit, dafs unsere Patientin ihr Hautleiden, das ihr so viele Leiden und Schmerzen verursacht hat, der Berührung der Primula obconica zu verdanken gehabt hat, ist nicht gänzlich von der Hand zu weisen, ja sogar nicht unwahrscheinlich. Es ist sehr begreiflich und erklärlich, dafs sie sich weigerte, einer neuen Einwirkung der verdächtigen Pflanze sich auszusetzen. Der experimentelle Beweis für die vermutete Wirksamkeit der Blume kann aber deshalb nicht erbracht werden. Gesetzt aber, sie zeigte sich in der Jetztzeit der betreffenden Person gegenüber wirkungslos, so wäre damit keineswegs erwiesen, dafs sie an den früheren Hautausschlägen keine Schuld getragen hat. Das Gutachten, von Dr. Geijl abgegeben vor der Operation, ging dahin: Die von den lokalen Abweichungen direkt herzuleitenden Beschwerden können nur durch die Operation gehoben werden; es ist aber nicht unwahrscheinlich, dafs letztere den Allgemeinzustand günstig beeinflussen wird, und sogar nicht unmöglich, dafs sie im Organismus Veränderungen hervorruft, welche der Hautkrankheit ihren früheren Boden entnimmt. Hier, wer wird es leugnen, betreten wir das graue Feld der Theorie. Aber gesagt werden mufs es: in letzterer Zeit weht, und nicht am wenigsten in Holland, eine Strömung durch die gynäkologische Litteratur, welche gewissen, jeden Tag zu beobachtenden Thatsachen nicht genügend Rechnung trägt. Lehrte eine frühere Zeit, den Anomalien des Geschlechtsapparates komme ein entscheidender Einfluſs zu bei dem Zustandekommen gewiſser nervöser Allgemeinzustände, die Jetztzeit, nicht weniger dogmatisch als ihre ältere Schwester, dekretiert das gerade Gegenteil. Es hiefse die Thatsachen einfach ableugnen, wenn man nicht zugäbe: die nervöse Reizbarkeit des Organismus könne, und zwar krankhaft, erhöht werden durch die Krankheit eines beliebigen Organes oder Organsystems. Und wir sind der Überzeugung, dafs sich die Abweichungen des Geschlechtsapparates auf zweierlei Art in genanntem Sinne geltend machen können. Die Schmerzen, welche sich ihnen zugesellen, oder überhaupt jede andere abnorme Leistung, oder, besser gesagt, jede Beeinträchtigung der normalen Wirkung des Apparates werden verstimmend auf dem Nervensystem ein-

wirken können. Und die vermehrten Ansprüche, welche z. B. eine sich seit längerer Zeit wiederholende Hypermenorrhoe oder ein profuser Fluor albus der Ernährung des Organismus stellt, werden den ganzen Körper, und also auch das Nervensystem, abschwächen können.

Verhält sich die Sache so, wie sie hier vorgetragen ist, so wird man nicht umhin können, zu schliefsen: In unserem Falle hat die Genitalkrankheit die Haut in einen Zustand gebracht, welchem das Gift der Primula obconica oder einem beliebigen anderen Reiz die Gelegenheit bot, seine Wirkung zu entfalten.

Über die strukturbildende Eigenschaft verschiedener Stoffe bei ihrer Einwirkung auf kolloide Substanzen.

Von

R. Ed. Liesegang-Düsseldorf.

Fischel hat die Querstreifung, welche Nervenfasern und Ganglienzellen nach der Behandlung mit Silbernitrat zeigen, auf reinphysikalische Ursachen zuzückgeführt. (Vergl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIX. pag. 42.) Als Physiker vermute ich, dafs derartige Beobachtungsfehler in der Mikro-Anatomie häufiger vorkommen werden, und teile deshalb einige eigene Beobachtungen über den strukturbildenden Einfluſs verschiedener chemischer Substanzen auf kolloide Stoffe mit.

Taucht man eine auf Glas gegossene, halb erstarrte Gelatineschicht in eine konzentrierte Lösung von Quecksilberchlorid, so zeigt sie sich nach einigen Minuten stark gegerbt. Sie knirscht beim Reiben mit dem Finger. Reibt man etwas stark, so schiebt sich die oberste Schicht als dünne, zusammenhängende Haut ab, während die darunterliegende Masse den ursprünglichen weichen Charakter hat. Ebenso bleibt bei der Behandlung mit warmem Wasser die oberste Schicht als zusammenhängende Haut bestehen, während das übrige sich löst.

Es ist dies ein ganz einfacher physikalischer Vorgang: das Quecksilberchlorid war in der kurzen Zeit nur bis zu einer geringen Tiefe in die Gallerte eingedrungen und hatte so nur das oberste gegerbt. An eine schon vorher vorhandene Strukturverschiedenheit wird niemand denken. Man vermutet, dafs die ganze Schicht gegerbt worden wäre, wenn man sie länger in der Lösung gelassen hätte. Aber wenn man dies versucht, stellt sich heraus, dafs die Gerbung nur äufserst langsam

tiefer dringt: die konzentrierte Quecksilberchloridlösung diffundiert schwer durch die von ihr selber gegerbte Gelatineschicht. — Bei lebender Substanz können ähnliche Verhältnisse eintreten, und es ist dann nicht zu verwundern, wenn man eine schon vorher vorhandene Strukturverschiedenheit annimmt.

Dieselbe Wirkung habe ich auch bei einer starken Formaldehydlösung beobachtet.

Verdünnte Lösungen von Quecksilberchlorid wirken nicht in dieser Weise „strukturbildend". Sie diffundieren leichter und erzeugen auch in der Tiefe unlösliche Verbindungen. Eine solche Beobachtung ist schon in der Technik verwertet worden: bei der Herstellung photographischer Kupferätzungen (Heliogravüren) wird ein Gelatinerelief auf eine Kupferplatte übertragen und mittelst Eisenchlorid geätzt. Dieses ist ein starkes Gerbemittel, und es verzögert sich deshalb selber die Diffusion durch die Gelatine. Die Ätzung des Metalls erfolgt rascher, wenn die Eisenchloridlösung verdünnt, als wenn sie konzentriert ist: erstere diffundiert rascher.

Auch die von UNNA beobachtete Verschiedenartigkeit der Wirkung von verdünnten und konzentrierten Reduktionsmitteln, welche (wie Pyrogallol) gleichzeitig Gerbung, d. h. unlösliche Albuminate erzeugen (vergl. dessen *Dermatol. Studien*, Heft II), können vielleicht auf ähnliche Diffusionserscheinungen zurückgeführt werden.

Jedenfalls wäre auch in der Mikro-Anatomie streng zu unterscheiden zwischen der Wirkung von konzentrierten und verdünnten Reagentien und aufserdem die Dauer der Einwirkung genau anzugeben.

Eine zweite Beobachtung, welche mich zu obiger Warnung veranlafst, ist diese:

Gelatine ist in den wässerigen Lösungen einiger Kalksalze auch in der Kälte schon sehr stark löslich. Trägt man Gelatineblätter in eine etwa 50%ige Lösung von salpetersaurem Kalk ein und läfst dies unter zeitweiligem Umrühren einige Tage stehen, so erhält man bei genügendem Gelatinegehalt eine so dickflüssige Masse, dafs sie beim Schräglegen des Gefäfses mehrere Minuten braucht, um sich wenige Zentimeter weit fortzubewegen. Glasstäbe zerbrechen, wenn man damit rühren will. Es lassen sich daraus Fäden von vielen Metern Länge ziehen, welche eine gröfsere Elastizität als vulkanisierter Gummi besitzen. Diese Masse ist aber unlöslich in kaltem Wasser. Sie verhält sich, wie manche Doppelsalze, deren konzentrierte Lösungen bei Zusatz von mehr Wasser dissoziieren (z. B. Chlorsilber in Alkalichloriden). Sie mischt sich nicht mit dem Wasser, weil das Kalksalz in das Wasser diffundiert und in der verdünnten Lösung nicht mehr lösend wirkt.

Während die Calciumnitratgelatine beim Eintragen in reines Wasser noch einige Zeit halbschleimig bleibt, erfolgt die Überführung in die feste

Form sofort, wenn man im Wasser ein Salz gelöst hatte, welches das Kalksalz zu neutralisieren, d. h. in eine unlösliche Verbindung überzuführen vermag. Dies geschieht bekanntlich durch die Sulfate, Oxalate und Karbonate der Alkalien.

Bei dieser Überführung der halbflüssigen Gallerte, welche etwa die Konsistenz und die sonstigen physikalischen Eigenschaften des Protoplasmas besitzen dürfte, in die feste Form habe ich nun merkwürdige Strukturbildungen beobachtet: Ich zog z. B. einen Faden von 4 mm Durchmesser mittelst eines Glasstabes aus der Calciumnitratgelatine und liefs diesen in eine Schale fallen, welche mit einer verdünnten wässerigen Lösung von oxalsaurem Kalium gefüllt war. Ein Teil des Kalksalzes diffundiert nach aufsen und bildet eine milchige Trübung von oxalsaurem Kalk. Auch auf der Oberfläche des erstarrten Gelatinefadens bildet sich etwas von dieser weifsen Verbindung. Im Innern dagegen nicht. Der ursprünglich runde Faden plattet sich ab. Dabei entstehen jene Querrillen, auf welche schon FISCHEL aufmerksam gemacht hat.

Zur Illustration der Wirkung einer konzentrierteren Salzlösung sei ein Versuch mit schwefelsaurer Magnesia beschrieben:

Der Gallertefaden fällt in einer Lösung von 300 g Magnesiumsulfat in 1 l Wasser. Zuerst entsteht an der Oberfläche der weifse schwefelsaure Kalk. Während dieser Zeit ist das Innere noch halbflüssig. Nimmt man ihn nun aus der Flüssigkeit, so behält er diese Struktur: aufsen fest und weifs, innen zähflüssig und farblos. Bei längerem Verweilen in der Flüssigkeit löst sich das zuerst gebildete Calciumsulfat in dem Magnesiumsalz, und nun kann die Gerbung und Weifsfärbung im Innern des Fadens vor sich gehen. Legt man ihn nun in reines Wasser, so behält er diese Struktur: aufsen wasserklar und innen milchig-trüb.

Das ist die eine Seite der Strukturbildung. Es besteht aber noch eine andere:

Der Faden plattet sich stark ab, so dafs er vielleicht 8 mm breit und in der Mitte nur 2 mm hoch ist. Auf beiden Seiten des Randes (der Breitseite) hat sich jedoch ein starker Wulst gebildet, der fast 4 mm hoch ist und der von der Mitte durch einen tiefen Einschnitt getrennt ist. Durch starkes Schütteln läfst sich dieser Wulst später abtrennen, so dafs man unter günstigen Umständen drei getrennte Fäden erhält: zwei dünne runde und einen stärkeren platten. Die Ursache ihrer Entstehung werde ich später ausführlich beschreiben. Hier sei vorläufig nur erwähnt, dafs der Umstand eine Rolle spielt, dafs nicht alle Teile der halbflüssigen Masse genau gleichzeitig mit dem Fällungsmittel in Berührung kommen, wenn der Faden in die Flüssigkeit fällt. Solche ungleichzeitige Reaktionen können auch bei biologischen Untersuchungen nicht vermieden werden. Ferner entstehen auch bei diesem Versuch

deutlich ausgeprägte Rippen, welche senkrecht zur Länge des Fadens stehen.

Das Ganze erinnert im Äufseren so sehr an die Formen der lebenden Substanz, dafs man unwillkürlich an die Möglichkeit denkt, dafs ähnliche Vorgänge in der Entwickelungsphysik eine Rolle gespielt haben. Unmöglich ist dies durchaus nicht. Denn gerade die löslichen Kalksalze sind entweder im Organismus des Lebewesens oder in dem umgebenden Wasser vorhanden, und die fällende Kohlensäure ist ein Produkt des Lebensprozesses.

Speziell mit den obengenannten Reagentien hat die anatomische Analyse nichts zu thun. Auch die Funktion der organischen oder metallischen Färbe- und sonstigen Scheidemittel ist eine ganz andere. Aber es ist durchaus nicht ausgeschlossen, dafs sie Nebenwirkungen ausüben können, welche den obigen ähnlich sind. Vielleicht könnte das Lösemittel allein schon strukturbildend wirken. Ich erinnere an das Pyrogallol, dem Reduktionsmitttel κατ ἐξοχήν der Dermatologie, dessen Hauptwirksamkeit jedoch von einer Strukturbildung begleitet ist, welche von einer rein chemischen Überführung der Albuminate in unlösliche Verbindungen herrührt. Dafs es sich in letzterem Falle um Gewebskomplexe handelt, ist nicht von prinzipieller Bedeutung.

Auch die tinktoriellen Analysen sollten daher zuerst am Nichtlebenden, Strukturlosen, geprüft werden, und hierzu werden die zähflüssigen Gallerte, welche man mit Leim und löslichen Kalksalzen erhält, ein gutes Material bieten.

Versammlungen.

Aus der Russischen Syphilidologischen und Dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 28. Januar 1895.

Dr. Tschistjakow: Ein Fall von **syphilitischem Primäraffekt an der Innenseite der Wange** bei einer Prostituierten, die den geschlechtlichen Verkehr per os mit einem Besucher wöchentlich ausübte, wobei Referent über die extragenitalen Primäraffekte sprach, die er zu beobachten Gelegenheit gehabt hatte: 1. auf dem linken Zeigefinger bei einem Arzte, 2. an dem rechten Zeigefinger bei einer Feldscherin, 3. an den Lippen bei einem Offizier, der auf dem Cornet à piston seines Bruders, eines Syphilitikers, geblasen hatte, 4. an den Lippen eines Eisenbahnbediensteten, der notgedrungen von dem Bahnhofsbuffet Gebrauch machen mufste, 5. auf der Schleimhaut der Wange bei einem verheirateten Ingenieur: das Stubenmädchen hatte eine Menge vegetierender Papeln; 6. bei einem jungen Manne an der Wange, nach einem Schnitt des Rasiermessers in der Barbierstube. Anknüpfend an letzteren Fall und ähnliche schon mehrfach beschriebene sprach Dr. T. den Wunsch einer besseren Beaufsichtigung der Barbierstuben seitens der Sanitätspolizei aus.

Dr. Wednesky verlas die Mitteilung von Dr. Cholewinska über die **Besichtigung der Prostituierten** auf dem Jahrmarkte zu Nishni-Novgorod.

Dr. Majew führte einen Offizier vor, bei dem die Diagnose offen geblieben war und nur Stottern hatte nachgewiesen werden können. Unter dem Einflusse von 44 Friktionen (à 2,0) und 15 Fläschchen Kalium jodatum (4,0 : 120,0) war eine auffallende Besserung eingetreten; der Fall war früher demonstriert worden.

Sitzung vom 25. Februar 1895.

Dr. Tschistjakow führt einen Studenten, 25 Jahre alt, vor, der im Juni 1889 einen syphilitischen Primäraffekt gehabt hatte und seit der Zeit ununterbrochen in ärztlicher Beobachtung gewesen war. Die Hautaffektion des Patienten, an der er eben leidet, besteht seit dem Sommer 1894 und bildet Flecke, die teils kontinuierlich, teils ringförmig, von runder und eiförmiger Form sind (ca. 5 cm grofs). Das Zentrum unterscheidet sich in nichts von der gesunden Haut; kein Juckreiz, keine Schuppung besteht, keine Infiltration; die frischen Flecke sind rötlich rosa, die alten dunkelbraun. Autor hält dieselben trotz ihres langen Bestehens und späten Auftretens (im sechsten Jahre nach der Infektion) für **späte syphilitische Roseolen.** Referent behält sich näheres Eingehen auf den Fall vor.

Die Diskussion berührte die Frage, ob diese **spät auftretenden Roseolen** zu dem kondylomatösen oder zum tertiären Stadium der Lues zu zählen seien, wobei sich Dr. Tschistjakow für das erstere aussprach.

Dr. Stepanow sprach über die **Verbreitung der Lues bei den Ostjaken** und Dr. Tschapin über die **Verbreitung der Lues in einigen Ortschaften des Kainskischen Kreises.** (*Tomskisches Journ.*)

Sitzung vom 25. März 1895.

Dr. Rudojawzew: Ein Fall von **Ekzema und Keratosis linearis.** Referent demonstrierte einen Kranken, der symmetrisch an beiden Händen verhornte Plaques aufwies, deren Zentrum beim Abfallen einen 45 mm breiten Krater zurückliefs; die verhornten Stellen sind auf Druck schmerzhaft; dieselbe Verhornung ist am Ende der Finger und Nägel auch zu konstatieren. Die Hände schwitzen aufserordentlich; dieselbe Verhornung ist an den Fufssohlen zu beobachten. Von der Beschäftigung des Patienten ist die Neubildung ganz unabhängig. Erweicht und abgeschnitten, erstand die Verhornung von neuem trotz voller Ruhe des Patienten.

In der Diskussion äufserte sich Dr. Pawlow dahin, dafs der Fall für Porokeratose gehalten werden könne, für deren Ausgangspunkt die Schweifsdrüsen zu halten wären; übrigens müsse man zur Sicherstellung der Diagnose den Fall histologisch untersuchen, wobei nach Meinung Prof. Tarnowskys auch die Papillarregion auszuschneiden wäre.

Dr. Usass demontrierte eine Frau von 30 Jahren, die nie Lues durchgemacht und fünf Kinder geboren hat. Von Kindheit auf ist sie krank. In der Gegend der Glutaei ist eine Hautaffektion in Form einer **Narbe mit Wucherungen,** stellenweise mit einer Kruste bedeckt, mit infiltrierten Rändern nachweisbar. Die Diagnose lautet auf Lupus vulgaris, doch weist die schnelle Heilung der Traumen unter den Krusten, die bei Anwendung von Kompressen abfallen, das Auftreten von Wucherungen unter der Kruste und die Abwesenheit neuer Knötchen auf ein tuberkulöses Syphilid hin.

In der Diskussion dieses Falles schliefst sich Prof. Tarnowsky der ersteren Diagnose an, rät aber zur Anwendung von Hg-Pflastern und Kalium jodatum zur Feststellung derselben.

Dr. Pawlow verlas seinen Vortrag unter dem Titel: Material zur Feststellung der **Todesursache hereditär syphilitischer Neugeborener.** Auf Grund seiner

mikroskopischen Untersuchungen fand Autor, dafs die „angeborene Lebensunfähigkeit" bedingt ist durch grelle und sehr verbreitete Veränderungen im Körper des Kindes. In allen untersuchten Fällen waren sie dieselben und betrafen hauptsächlich die Gefühle, die durch den Krankheitsprozefs alteriert waren. Blutaustritte sind, wie auch Mraček gefunden hat, die hauptsächlichste Todesursache dieses Kindes. (*Botkins Hospitalztg.* 1895. No. 15—17.)

Dr. Jakowlew stellt einen Kranken vor, an dessen Zungenoberfläche parallel der Mittellinie Infiltrationen von grauer Farbe (nicht ulcerierte) vorhanden waren; eine etwas gröfsere Infiltration ist an der Zungenspitze da; ebensolche linearen Infiltrationen sind an der Innenseite der Wange und zwischen den Zähnen zu bemerken. Patient hat 1879 einen syphilitischen Primäraffekt gehabt und sich spezifisch behandeln lassen; vor zwei Monaten hatte er Kalium jodatum gebraucht, doch ohne nennbaren Erfolg. Dr. Jakowlew hält die Affektion für **Schleimhautpapeln** und will nach durchgeführter spezifischer Kur über das Resultat referieren.

Prof. Tarnowsky spricht den Fall für **Zungentuberkulose** an — eine höchst seltene Affektion (Unicum). Ein ähnliches Präparat befindet sich im Besitze des Professors (aus Paris): am betreffenden Kranken, von dem das Präparat stammt, wurden in den Knötchen Kochsche Bacillen nachgewiesen.

Dr. Frinovsky: **Zur Frage über den Kampf mit der Syphilis auf dem Lande.** (Anderweitig referiert.)

Dr. Wewiorowsky: **Die ersten Versuche der Behandlung des kondylomatösen Syphilids mittelst Blutserums gummöser Syphilitiker.** Von dem Grundsatze ausgehend, dafs unter dem Einflusse einer Infektionskrankheit im Organismus ein Kampf zwischen den Säften desselben und dem Krankheitsprinzip vor sich gehe, kam Autor zur Voraussetzung, dafs die Immunität gummöser Syphilitiker gegen eine Reinfektion und ihre Unschädlichkeit gesunden Individuen gegenüber darauf zurückzuführen sei, dafs sich unter dem Einflusse dieses Kampfes im Organismus ein Gegengift ausgearbeitet habe, das stark genug sei, das syphilitische Gift zu neutralisieren.

Er wandte nun das Blutserum gummöser Luetiker als Heilmittel bei kondylomatöser Lues an, und obgleich die geringe Anzahl der Untersuchungen und Beobachtungen ihn noch nicht berechtige, ein endgültiges Urteil auszusprechen, so regen die günstigen Resultate doch zu weiteren Beobachtungen an. Die Beschreibung der Herstellung des Heilserums übergehend, soll nur erwähnt werden, dafs dem gummösen Syphilitiker Blut aus der Vena mediana basilica entnommen wurde (natürlich unter allen aseptischen Kautelen), und zwar an Menge entsprechend den Kräften des betreffenden Individuums. Zur Beobachtung wurden bisher noch unbehandelte Syphilitiker genommen mit möglichst grellen und vielseitigen Erscheinungen, von den leichtesten bis zu den schwersten Fällen.

I. Zwei harte Schanker auf dem Penis, Sklerose des Präputiums, Roseola et Angina syphilitica.

II. Zwei harte Schanker am Penis, exulcerierte schmerzhafte Sklerosen, Balanopostitis, Roseola elevata, Papula hypertr. penis et scroti, Condylomata ad anum, Ang. erythematosa et papulosa.

III. Sklerosis sulci coron. et Angina hypertr. papulosa syphilitica, Papulae exulc. an den Lippen und dem Zahnfleisch.

IV. Sklerosis sulc. coron. und ein papulöses Syphilid der Haut; Corona veneris, Impetigo syphil. galeae, Papul. hypertr. exulc. ad anum et scrotum, Angina erythem. et iritis.

V. Roseola conferta, Papulae exulc. hypertr. ad praeputium, glandem penis et anum et ad labia oris, et Angina erythematosa hypertrophica.

Die Injektionen wurden unter aseptischen Kautelen in die Gegend der Schulterblätter in einer Menge von 4—20 cm gemacht; es erhielten

der erste Fall 209½ cm (23 Injektionen),
„ zweite „ 184½ „ (20 „),
„ dritte „ 185½ „ (21 „),
„ vierte „ 226 „ (21 „),
„ fünfte „ 183½ „ (21 „).

Eine lokale Reaktion fand nie statt. Eine Regelmäfsigkeit in Bezug auf Menge der Injektionsflüssigkeit und auf das Tempo konnte leider nicht immer eingehalten werden wegen Mangels und Schwierigkeit der Herstellung des Serums.

Auf Grund seiner Beobachtungen stellt Autor folgende Daten fest: Der Allgemeinzustand und das subjektive Befinden bessert sich unter der Wirkung der Injektionen; dieselben bewirken auch ein schnelleres Verschwinden der Erscheinungen der Lues. Der Primäraffekt schwand unter einem indifferenten Verband, die Wunden heilten, die Sklerose wurde resorbiert ohne jede spezifische Behandlung. Nach 1—2 Injektionen begannen die Roseolen (elevatae) zu schwinden. Nach fünf Injektionen verschwand ein grofspapulöses Syphilid des Körpers mit Hinterlassung einer deutlichen Pigmentation, und an einigen wenigen Stellen blieb noch ein Infiltrat zurück. In einem Falle verschwanden die Roseolen nach Injektionen, um nach einem heifsen Bade wieder aufzutreten; nach neun Injektionen wurden sie aber nicht mehr von einem heifsen Bade hervorgerufen, und nach zwölf Injektionen waren sie gänzlich verschwunden. Nässende und hypertrophische Papeln des Hodensackes und ad anum heilten in vier Fällen nach 3—4 Injektionen unter Bestreuen von Wismut und Stärke (1:8).

Schleimhautpapeln und Angina syphilitica heilten im ersten, zweiten und vierten Falle nach 2—4 Injektionen ohne jede lokale Behandlung. Im dritten Falle begann die hypertrophische erythematöse Angina bei Lapisbehandlung (1:8) zu schwinden, verschwand aber vollständig erst nach 14—15 Injektionen. Im fünften Falle heilte die Angina schnell (bei lokaler Behandlung), die Papeln aber nur langsam, indem sie immerfort wieder auftraten. Die Iritis verschwand unter der Wirkung der Injektionen nur langsam, die Lymphdrüsenschwellung wurde auch geringer.

Die Fortsetzung der Injektion nach Verschwinden der Erscheinungen konnte ein Recidivieren derselben nicht verhindern; die Recidive verschwanden bei gleichen Mengen des Serums nicht so leicht, wie die Erscheinungen der recenten Fälle. Die Schleimhautpapeln widerstanden der Kur am längsten. Autor schliefst, dafs die angewandte Qualität des Serums zu gering gewesen sei, um Recidive zu verhüten. Mangel an Serum veranlafste aber, die begonnene Behandlung spezifisch fortzusetzen und Hg anzuwenden, da die Kranken sonst ohne genügende Behandlung das Hospital verlassen hätten. (*Wratsch.* No. 34.) *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Oktober 1895.

(*Brit. Journ. of Derm.* November 1895.)

Dr. Adamson stellt einen **Fall von Urticaria pigmentosa** bei einem 15 Monate alten Kinde vor. Als dasselbe zwei Wochen alt war, zeigten sich ziemlich plötzlich an verschiedenen Stellen des Körpers rote, erhabene Quaddeln. Später blafsten dieselben ab, und in der letzten Zeit haben sie ein bräunliches Kolorit angenommen. Die Ausdehnung der Affektion ist im allgemeinen die ganze Zeit hindurch so ziemlich dieselbe geblieben.

Gesicht, Hände und Füfse sind schwach, der Stamm stark befallen. Die Läsionen bestehen aus kleinen café-au-lait-farbenen, zum gröfsten Teil über das Niveau der

Haut nicht erhabenen Flecken, die auf Druck blasser werden, aber nicht völlig verschwinden. Das Allgemeinbefinden ist gut.

Dr. Cavafy zeigt eine **eigentümliche Affektion an der Hand und am Arme im Gefolge von Herpes zoster.** Der 78jährige Patient litt an einem Zoster dorsobrachialis der linken Seite. Einige flache grofse Bläschen zeigten sich in der linken Interskapularregion, einige über dem Musculus petoralis und zahlreiche an der Innenseite des Ober- und Vorderarmes. Wenige Bläschen bemerkte man auch nahe dem Handgelenk und mehrere grofse an der Volarfläche der Hand und der Finger. Die Haut in der Nachbarschaft der Bläschen war gerötet, die Hand, das Handgelenk und das untere Drittel des Vorderarmes waren geschwollen und bei der leisesten Bewegung schmerzhaft. Die Bläschen wurden purulent, trockneten langsam ein und heilten mit Hinterlassung ganz weniger kleiner Narben ab. Starke Abschuppung, namentlich an den Handtellern, erfolgte während des Nachlassens des Ausschlages. Die Schmerzen und eine gewisse Schwäche in dem befallenen Arm sind jetzt noch vorhanden. Gegenwärtig sieht man an den Stellen der früheren Bläschen dunkelrote Flecke. Die Hand und das Handgelenk sind noch geschwollen; die Finger werden wegen der schmerzhaften Bewegung zumeist in Extensionsstellung gehalten. Auch das Handgelenk ist gestreckt und kann nicht flektiert werden. Eine bemerkenswerte Muskelatrophie besteht nicht. Die Sensibilität der befallenen Teile ist insofern herabgesetzt, als eine leise Berührung derselben nicht wahrgenommen, dagegen starker Druck sehr schmerzhaft empfunden wird.

Redner führt den Zustand auf eine intensive Neuritis der Brachialnerven zurück.

Dr. Cavafy stellt einen **Fall zur Diagnose** vor. Die 37jährige Patientin zeigt im Gesicht einen Ausschlag, der vor drei Monaten sich entwickelt hat und aus runden, erythematösen, dunkelroten, scharfbegrenzten Flecken im Durchmesser von $^3/_4$—1 Zoll bestehen. Sie erheben sich nur sehr wenig über die Oberfläche, treten meist vereinzelt auf. Die dazwischenliegende Haut ist normal. Die Effloreszenzen entwickeln sich langsam innerhalb 1—2 Wochen und verursachen Brennen, aber kein Jucken. Bei der Mehrzahl derselben erscheint im Zentrum ein flaches, unregelmäfsig gestaltetes Bläschen, welches rasch zu einer dünnen Kruste eintrocknet. Die ganze Stelle heilt ohne Pigmentation und Narbenbildung ab.

Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder glaubt, dafs es sich um einen Arzneiausschlag handle.

Dr. Cavafy bemerkt, dafs die Patientin zehn Tage Bromnatrium genommen habe. Auffallend sei an dem Falle: 1. dafs die Affektion noch drei Monate nach Sistierung der Brommedikation andauere; 2. dafs dieselbe sich auf das Gesicht beschränkt habe und 3. so ungleich den gewöhnlichen Bromausschlägen sei.

Dr. M. Morris stellt einen **Fall von Favus** vor, der bei dem zwölfjährigen Knaben bereits sieben Jahre anhalte.

Dr. Pringle stellt vor: 1. einen **Fall von Lichen planus** bei einer 70jährigen Frau, die seit zwölf Monaten ihr Leiden hat. Am rechten Bein, das am stärksten befallen ist, befanden sich zwei grofse, stark hypertrophische, warzenähnliche, purpurfarbene Plaques. Das linke Bein war nicht affiziert. An beiden Vorderarmen und an den Handrücken waren zahlreiche charakteristische Papeln. Vorn am Ohr war eine erhabene papulo-squamöse Plaque von zweifelhafter Natur. Die Schleimhäute zeigten keine Veränderungen. Alle Effloreszenzen verursachten intensives Jucken; **2. zwei Fälle von ulcerierendem, hypertrophischem Lichen planus.** Im ersten Falle war die Affektion auf das rechte Bein beschränkt. Eine der charakteristischen Plaques zeigte im Zentrum eine Ulceration, die wahrscheinlich ihre Ursache im Kratzen hat. In dem zweiten Falle waren beide Beine, jedoch das rechte stärker

ergriffen. Von Interesse war hier die ausgesprochene Neigung zu warziger Bildung; zahlreiche Reihen und Gruppen von Papeln, die früher das charakteristische Aussehen von Lichen planus hatten, sind jetzt kaum von flachen Warzen zu unterscheiden. Obgleich das allgemeine Aussehen der Beine unter der Behandlung mit festen Verbänden sich gebessert hat, erweist sich die Ulceration, die hier unabhängig vom Kratzen aufgetreten ist, als sehr rebellisch; 3. **einen Fall von trichophytischer, konglomerativer Perifolliculitis** des Handgelenks bei einem Pferdeknecht, dessen Pferd einen Monat früher mehrere Ringworm-Plaques gehabt hat. Der ursprüngliche Zustand ist wahrscheinlich bei dem Patienten durch die von einem Kurpfuscher empfohlenen Kataplasmen verschlimmert und verändert worden. In zwei Haaren nur ist der Pilz gefunden worden, den SABOURAUD als „Trichophyton ectothrix pyogène du cheval" bezeichnet hat; 4. **einen Fall von Dermatitis herpetiformis** bei einem 13jährigen Knaben, der seit seinem sechsten Lebensjahre daran leidet. Im Anfange schienen die Blasen grofs gewesen zu sein, da erfahrene Dermatologen die Affektion als Pemphigus erklärten. In der letzten Zeit sind jedoch die Blasen klein und in sehr spärlicher Zahl aufgetreten, während harte grofse Papeln und Urticaria-Efflorescensen vorherrschten.

Dr. THIN stellt einen **Fall zur Diagnose** vor. Der 63jährige Patient begann vor zwei Jahren zu kränkeln. Gleichzeitig entwickelten sich runde, entzündliche Flecken am Halse, an den Armen und Beinen. Gegenwärtig ist der Ausschlag fast ausschliefslich noch an den Beinen zu sehen. Er besteht aus runden und ovalen, bläulich-braunen, verschieden grofsen, sich glatt anfühlenden Flecken. Einige derselben zeigen eine kaum merkliche Vertiefung, wie wenn die Haut an dieser Stelle atrophisch wäre. An anderen erscheint die Haut infiltriert, man fühlt subkutane, unebene, fibröse, knotige Massen, so auch am Oberschenkel, an den Nates. Eine bestimmte Diagnose vermag keins der Mitglieder zu stellen. Man vermutet die Entwickelung von Sarkomen.

Dr. THIN stellt ferner vor einen **Fall von Lupus erythematosus**, der trotz der typischen Lokalisation eine aufserordentliche Ähnlichkeit mit Lupus vulgaris superficialis hat. *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologische Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland.

Sitzung vom 23. Oktober 1895.

(*Brit. Journ. of derm.* Dezember 1895.)

Dr. COTTERELL zeigt einen **Fall von Lupus erythematosus, kombiniert mit Knotensyphilis.**

Dr. BIDWELL stellt eine 51jährige Frau mit **Lymphangioma** an der Vorderfläche des linken Knies vor. Man wird versuchen, dasselbe durch die Operation dauernd zu beseitigen.

Dr. PH. ABRAHAM stellt folgende Fälle vor:

1. Ein Mädchen mit **Pemphigus.** Die Blasen beginnen mit erythematösen Ringen. Das Jucken ist gering. Ursache unbekannt.

2. Ein 14jähriges Mädchen mit **Lupus erythematosus sebaceus.** Wangen, Nase, Stirn sind ergriffen. Die Krankheit entwickelte sich, als das Mädchen neun Jahre alt war. Auf der Stirn und am Kinn sieht man zahlreiche Akneknötchen, aufserdem an der Brust, an den Armen, hinter den Ohren Ekzem. Ein älterer Bruder der Patientin ist an Phthisis gestorben; die übrigen Mitglieder der Familie sind gesund.

3. Einen Mann mit **Dermatitis herpetiformis,** die von Pemphigus bisweilen schwer zu unterscheiden ist.

4. Einen 77jährigen Mann mit einer schmerzhaften, üppig wuchernden Geschwulst an der Seite. Auf dem Rücken befinden sich seborrhoische Warzen. Vortragender läfst die Möglichkeit zu, dafs das Gewächs eine entzündete und ulcerierende **seborrhoische Warze** sei, die starker Friktion und Reizung ausgesetzt gewesen ist.

Dr. R. Crocker hält die Geschwulst nicht für ein Epitheliom.

Dr. Abraham zeigt 5. ein 19jähriges Mädchen mit **Lepra.** Es ist auf Ceylon geboren, stammt von englischen Eltern und lebt seit zwölf Jahren in England. Im Jahre 1890 litt es angeblich an akutem Rheumatismus, in dessen Verlauf erythematöse Flecke und Knoten entstanden sein sollen. Mehrere Londoner Dermatologen glaubten, die Patientin leide an Erythema nodosum. Gegenwärtig sei die Diagnose klar.

Dr. Crocker hat den Fall vor fünf Jahren gesehen. Von Interesse sei, dafs die Symptome der Krankheit sich bei der Patientin entwickelt haben, nachdem dieselbe bereits in England gewohnt habe. Dies beweise, wie schwer es sei, den Ursprung der Krankheit zu verfolgen.

Dr. Eddowes stellt folgende Fälle vor:

1. Ein 11jähriges Mädchen mit **Xeroderma.** Seit mehreren Monaten nimmt sie täglich eine Thyreoidtablette, zuletzt ist sie auf zwei täglich gestiegen. Äufserlich wurden Einreibungen mit Vaseline verordnet. Der Zustand hat sich allgemein wesentlich gebessert. E. führt diese Besserung direkt auf die Behandlung zurück.

Dr. Abraham ist der Meinung, dafs Thyreoidextrakt vorteilhafter bei Xeroderma, als bei Psoriasis wirke.

2. Ein 19jähriges Mädchen mit kongenitaler **Ichthyosis hystrix.** Beide Hände und die Füfse waren befallen.

3. Eine 30jährige Frau mit **Lichen planus.**

4. Einen jungen Mann mit **Sykosis menti,** die seit fünf Jahren besteht.

5. Eine **chronische Folliculitis** (Sykosis) von zehnjähriger Dauer. Die ganze Oberlippe war verdickt. Chronischer Nasenkatarrh rufe hervor, verschlimmere und unterhalte den Zustand.

Dr. Stowers zeigt einen Patienten mit **Tinea barbae** und demonstriert den Pilz. Der Patient habe im Beginne auch beträchtliche Vergröfserung der Drüsen gehabt. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 32. Heft 3. 1895.

I. **Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses.** (Über Endocarditis, Arthritis, Prostatitis follicularis blennorrhoica), von E. Finger, A. Ghon und F. Schlagenhaufer in Wien. (Schlufs.) Die Hauptergebnisse ihrer Untersuchungen geben die Verfasser in folgenden Schlufssätzen wieder:

1. Es giebt eine ganz zweifellos durch den Gonococcus bedingte Form „maligner" Endocarditis als Komplikation akuter Blennorrhoe.

2. Der kulturelle Nachweis des Gonococcus in diesen, unter hohem mehrtägigen Fieber verlaufenden Fällen ist durch dieses eben sehr erschwert, ja vielleicht unmöglich, da der Gonococcus der Endocarditis unter der mehrtägigen Einwirkung des

Fiebers seine Lebensfähigkeit schon so sehr eingebüßt hat, daß er auf für den lebensfähigen Gonococcus ganz geeigneten Nährböden nicht mehr angeht.

3. Nichtsdestoweniger zeigt der Gonococcus in den Vegetationen der Endocarditis einige so charakteristische Erscheinungen, daß dessen Agnoscierung auf rein mikroskopischem Wege zweifellos berechtigt ist. Hierher gehören:

a) die charakteristische Form.

b) die Tinktionsverhältnisse, die rasche Entfärbung nach Gram.

c) Vor allem aber sein einzig dastehendes charakteristisches Verhalten im und zum Gewebe:

α) Das endocellulare Vorkommen dort, wo der Gonococcus mit reichlichen Eiterzellen zusammenkommt.

β) Die Vermehrung in großen Haufen von dem völlig charakteristischen Aussehen einer Gonokokkenreinkultur in größeren Hohlräumen der Vegetation.

γ) Das Vorschieben in unregelmäßigen, einreihigen Marschlinien in den zarten Spalten derselben.

δ) Ist so aber der Gonococcus als Erreger einer pyämischen, zum Exitus führenden Affektion erwiesen, so bestehen zwischen Gonococcus und den vulgären Eitererregern doch noch, wenn auch nur gradweise, Unterschiede, die eine Identifizierung beider nicht gestatten. Diese Differenzen sind:

I. Das verschiedene Verhalten von Gonokokken und Eiterkokken im Gewebe. Die Eiterkokken durchwuchern das Gewebe intensiver, dringen in dasselbe ein; der Gonococcus verbreitet sich fast ausschließlich nur in Spalt- und Hohlräumen.

II. Das Verhalten der Gewebe gegen Eiterkokken und Gonococcus ist verschieden. Die Eiterkokken bedingen akute Entzündung, Ansammlung von Leukocyten, Fibrinexsudation; der Gonococcus bedingt reineiterige Entzündung und regt das Gewebe rasch zu Granulationsbildung und Proliferation an.

III. Auch das Verhalten von Gonokokken und Eiterkokken gegen Temperatur ist verschieden. Gonokokken werden durch mehrtägiges konstantes Fieber von 39—40° abgetötet, Eiterkokken nicht.

5. Der Gonococcus ist eben gegenüber den Eiterkokken der schwächere, labilere Mikroorganismus, woraus auch die größere Gutartigkeit der blennorrhoischen gegenüber den analogen, durch die Eitererreger bedingten Prozessen resultiert.

6. Die metastatischen Komplikationen der Blennorrhoe kommen auf dem Wege der Blutbahn zu stande.

7. Die schon lange vom klinischen Standpunkte vorgenommene Aufstellung der Prostatitis follicularis acuta als einer Form der Mitbeteiligung der Prostata am akuten blennorrhoischen Prozesse und ihre Auffassung als „Pseudoabceß", als Eiter und Sekretretention in einem verstopften Ausführungsgang mit konsekutiver Entzündung hat auch anatomisch ihre Berechtigung.

8. Auch eine palpatorische, per rectum nicht vergrößert erscheinende Prostata kann blennorrhoisch erkrankt sein.

II. Zur Kenntnis der „systematisierten Naevi", von A. Werner und J. Jadassohn-Breslau.

1. Kasuistische Beiträge, von A. Werner. Die ausführlich vom Verfasser beschriebenen Krankheitsfälle sind in den letzten drei Jahren in Dr. Jadassohns

dermatologischer Abteilung des Allerheiligen-Hospitals zur Beobachtung gelangt und gesammelt worden.

Den verrukösen oder ichthyosiformen „systematisierten Naevi" gehören drei, den multiplen halbseitigen, glatten Pigmentnaevi sechs Fälle an.

Aus dem veröffentlichten kasuistischen Material zieht Verfasser einige klinische Schlüsse. In erster Linie betont er, dafs es in der That, wie JADASSOHN und SPIETSCHKA hervorgehoben haben, unter den „Naevi unius lateris" zwei Gruppen giebt, welche die Halbseitigkeit, die Multiplizität der einzelnen Neubildungen und die im ganzen scharfe Begrenzung gemeinsam haben, die sich aber durch eine Anzahl anderer Momente voneinander unterscheiden. Während die zuerst als Naevus unius lateris, dann als lokale streifenförmige Ichthyosis, neuropathisches Hauptpapillom, Naevus linearis etc. beschriebene Affektion ausgezeichnet ist durch ihre wesentlich streifenförmige Anordnung, durch die ganz besondere Neigung, eine verruköse Oberfläche bald mit stärkerer, bald mit geringerer Verhornung zu bilden und sich an sehr verschiedenen Körperstellen zu lokalisieren, sind die an zweiter Stelle publizierten Naevi in den bisher beobachteten Fällen immer über gröfsere oder kleinere Hautstrecken diffus ausgesprengt; eine Neigung zur Bildung lineärer Streifen ist nicht vorhanden, und es handelt sich immer um meist sehr viele kleine, die Hautoberfläche nicht überragende, mehr oder weniger dunkelbraune Pigmentmäler, welche öfter auch auf einer diffus hyperpigmentierten Haut stehen. Die Grenze dieser multiplen Pigmentmäler sind meist, abgesehen von den mit den Mittellinien des Körpers zusammenfallenden, recht unregelmäfsig, gelegentlich aber auch ganz auffallend geradlinig.

Die ichthyosiformen Naevi sind im Gegensatz zu den glatten in vereinzelten Fällen auch doppelseitig beobachtet worden. Wichtiger als diese Thatsache ist bei beiden Gruppen die scharfe Abgrenzung an den Mittellinien. Die Frage, ob die beiden vom Verfasser gesonderten Gruppen pathogenetisch zusammengehören, ist bei der Unkenntnis der Ätiologie aller Naevi, und speziell der Nervennaevi, nicht möglich, zu entscheiden.

Aus dem in wenigen Jahren an einer Abteilung gesammelten, verhältnismäfsig reichen Material geht hervor, dafs nicht nur die ichthyosiformen Naevi, wie aus der Litteratur ersichtlich ist, sondern auch die multiplen, halbseitigen Fleckenmäler keineswegs zu den besonderen Seltenheiten gehören.

2. Bemerkungen zur Histologie der systematisierten Naevi und über „Talgdrüsen-Naevi", von J. JADASSOHN-Breslau. Verfasser hat von dem zweiten der obigen von WERNER beschriebenen Fälle der verrukösen Form ein Stück von der Linea alba, eins von der Innenfläche des Oberschenkels und eins vom inneren Fufsrande, excidiert und mikroskopisch untersucht. Die Befunde boten insofern eine Überraschung dar, als die klinisch scheinbar gleichartigen oder nur sehr wenig differenten Neubildungen desselben Naevus einen ganz verschiedenen anatomischen Bau aufwiesen.

Das erste Präparat von der Linea alba war ein „weicher Naevus"; die Tumormasse setzte sich wesentlich aus Zellsträngen und Zellhaufen zusammen, welche in die Cutis eingelagert waren; die mit grofsen und blassen Kernen versehenen, alveolenartig angeordneten Zellen sind das charakteristischste Moment dieser Form, die RECKLINGHAUSEN zu den Lymphangiofibromen rechnet.

Im Gegensatz zu diesem Befund war die ichthyosiforme Veränderung das Wesentliche bei dem vom Fufs entnommenen Präparat. Mehr aber, als sie, tritt die unregelmäfsige, tiefgreifende Epithelwucherung, die Zapfen- und Netzbildung von seiten

des Epithels in den Vordergrund, weshalb sich der Fall von den harten Naevi Unnas wesentlich unterscheidet, bei denen die Grenze zwischen Epithel und Papillarkörper eine geradlinige ist. Er hat jedoch mit Unnas Naevi die Bildung von Horncysten gemein und ähnelt in seinem histologischen Bilde in mancher Beziehung dem von Jarisch als „Tricho-Epithelioma papulosum multiplex" beschriebenen.

Der schmale, vom Oberschenkel excidierte Geschwulststreifen wird in fast allen Schnitten durch Talgdrüsenmassen eingenommen; sonstige Veränderungen von Cutis und Epithel treten dagegen ganz in den Hintergrund. Die Talgdrüsen sind vollständig normal gebaut, nirgends ist das secernierende Epithel morphologisch verändert, nirgends finden sich Wucherungen desselben, welche den Typus des Normalen überschreiten. Nur die Größe der einzelnen Läppchen, ihre Zahl, ihre Lagerung dicht am Epithel und tief in die Cutis hinein, ihr starkes Überwiegen über die Haare, die freie Endigung ihrer Ausführungsgänge an der Hautoberfläche unterscheiden sie auf das eklatanteste von den in der Umgebung befindlichen normalen und den sonst am Oberschenkel vorkommenden Talgdrüsen.

Verfasser erörtert im folgenden an der Hand der umfangreichen Litteratur sehr eingehend die Fragen:

1. Wie sind diese Geschwulstbildungen pathologisch-anatomisch zu rubrizieren?

2. Was wissen wir von der Beteiligung der Talgdrüsen an Naevis?

Ein weiterer, ebenfalls vom Verfasser sehr gründlich bearbeiteter Abschnitt handelt von der Lokalisation der systematisierten Naevi. In ganz kurzen, hauptsächlich die Lokalisation der Naevi betreffenden Auszügen werden verschiedene in der Litteratur publizierte Fälle mitgeteilt. Alle zeigen eine mehr oder weniger deutlich ausgeprägte Übereinstimmung der Naevusstreifen mit den Voigtschen Linien. Sodann werden diejenigen veröffentlichten Fälle einer kritischen Durchsicht unterworfen, für welche die Philippsonsche Annahme einer Übereinstimmung mit den Voigtschen Nervengrenzlinien ebensowenig zutrifft, wie sie zu einzelnen Nerven oder zu Nervengebieten in deutlichen Beziehungen stehen. Dagegen ist in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen eine Übereinstimmung mit den Haarströmen und den von Voigt zu ihrer Charakterisierung gezeichneten Linien vorhanden. Schliefslich giebt es solche Fälle, die gar keine Übereinstimmung mit irgend einem der bekannten Liniensysteme zeigen.

Aus seinen gesamten Erörterungen zieht Verfasser nachstehende Schlufsfolgerungen:

1. Die „systematisierten Naevi" sind klinisch und anatomisch ebensowenig einheitliche Gebilde, wie die Naevi überhaupt.

2. Aufser Gefäfsnaevi sind hierher zu rechnen multiple Fleckennaevi und verruköse (ichthyosiforme etc.) Naevi.

3. Auch an demselben Individuum können die einzelnen, ätiologisch zweifellos zusammengehörigen Lokalisationen der systematisierten Naevi histologisch sehr verschieden gebaut sein.

4. In einem Falle bestanden typische lineäre Streifen aus „weichen", ichthyosiformen und Talgdrüsen-Naevis.

5. Diese Talgdrüsen-Naevi sind wegen der normalen Beschaffenheit der sie zusammensetzenden Drüsen ebensowenig als Adenome zu bezeichnen, wie die überwiegende Zahl der als multiple Adenomata sebacea beschriebenen Gebilde; auch bei den letzteren spricht sehr vieles für ihre Einreihung unter die Naevi. Die Bezeichnung dieser Gebilde als Hypertrophien oder Hyperplasien ist nicht zutreffend, da es sich um Geschwulstbildungen auf kongenitaler Anlage handelt. Sie werden am besten

in eine Gruppe der „Organ-Naevi“ (neben die Haar-, Schweifsdrüsen- etc. Naevi) eingereiht.

6. Die Anordnung der systematisierten Naevi folgt — mit gröfseren oder kleineren individuellen Abweichungen — bestimmten Liniensystemen, wie schon daraus hervorgeht, dafs eine grofse Anzahl von ihnen auffallende Analogien untereinander nicht blofs in der allgemeinen Verlaufsrichtung, sondern auch in der speziellen Lokalisation aufweist.

7. Von diesen Liniensystemen kennen wir bisher die Voigtschen Grenzlinien der Hautnerven-Verästelungsgebiete, mit denen eine Anzahl von Naevis in auffallender Weise harmoniert (Philippson); wir kennen die metamere Anordnung am Rumpf, die zuerst Pečirka betont hat; endlich findet sich eine Anzahl auffallender Übereinstimmungen mit den die Haarströme charakterisierenden Linien, auf die Blaschko in einem Falle hingewiesen hat.

8. Die vorzugsweise Lokalisation der Naevi in solchen Linien weist darauf hin, dafs in ihnen besondere Gelegenheit zu Entwickelungskomplikationen gegeben ist, welche erfahrungsmäfsig häufig zu Geschwulstbildungen Anlafs geben. Über die entwickelungsgeschichtliche Bedeutung dieser Linien lassen sich bislang nur Hypothesen aufstellen.

9. Die Bedeutung intrauteriner Störungen trophischer (oder vasomotorischer) Nerven für das Zustandekommen dieser Mifsbildungen ist durch nichts wahrscheinlich gemacht.

Die umfangreiche Arbeit, auf welche spätere Bearbeiter des Gegenstandes mit Vergnügen zurückgreifen werden, schliefst ein mit Anmerkungen begleitetes Litteraturverzeichnis ab.

III. **Über Athetose bei Lues**, von Strübing-Greifswald. Unter den in der sekundären Periode der Lues auftretenden cerebralen Erkrankungen, welche zu Störungen in der motorischen Sphäre führen, ist die Rindenepilepsie die bekannteste. Seltener ist die Chorea und noch seltener die der letzteren verwandte Athetose.

Diese kann im Verlauf der Lues auftreten einmal im Anschlufs an schwere Schädigungen der Hirnsubstanz, wie sie namentlich die tertiäre Periode gelegentlich aufweist, und zweitens als selbständige Neurose im sekundären Stadium der Lues, analog der sekundären Epilepsie und Chorea und wahrscheinlich durch die gleichen Vorgänge, wie diese, bedingt. Während die Prognose der Athetose als Komplikation cerebraler und spinaler Störungen eine ungünstige ist, nimmt die idiopathische den gleichen günstigen Verlauf, wie die Epilepsie und die Chorea der sekundären Lues. Die Litteratur über die selbständige Athetose ist im ganzen dürftig, was bei der Seltenheit der Fälle nicht wundernimmt. Verfasser beschreibt einen Fall aus der eigenen Praxis.

Die 19jährige Patientin litt seit ihrem 13. Jahre nach Eintritt der Menses wiederholt an hysterischen Krämpfen. Im Dezember 1893 infizierte sie sich luetisch, und im März 1894 traten eigentümliche unwillkürliche Bewegungen der linken Hand und des linken Fufses auf, welche nach 2—3 Wochen verschwanden, sich aber Anfang Mai im linken Arm wieder einstellten, und zwar so hochgradig, dafs die Patientin völlig arbeitsunfähig war.

Die Inspektion ergiebt luetische Geschwüre im Rachen. Die Patientin klagt über Schmerzen im linken Arm und besonders in der linken Hand. Die Hand und die Finger führen eine monoton sich wiederholende Bewegung aus, etwa von der Art einer absichtlichen Greifbewegung. Die Finger werden gestreckt und gebeugt. Die Bewegungen sind vom Willen unabhängig, sie erfolgen ununterbrochen, rhythmisch, etwa 50—60 Mal in der Minute, auch des Nachts, und rauben der Patientin den Schlaf.

Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven ist unverändert, die Reflexe sind nicht gesteigert.

Herz und Lunge und die übrigen Organe sind normal.

Nach einer sechswöchentlichen antiluetischen Kur waren mit den Erscheinungen im Rachen auch die athetotischen Bewegungen vollständig geschwunden.

Es ist zweifellos, dafs bei der Entwickelung luetischer Prozesse im Bereiche des Zentralnervensystems frühere Erkrankungen desselben und eine ererbte Disposition für solche eine wichtige Rolle spielen.

IV. **Bakteriologische Untersuchungen eines Falles von Trichorrhexis nodosa barbae**, von O. v. Essen-Petersburg. Auf Veranlassung von Prof. Petersen hat Verfasser die Untersuchungen Hodaras über die Trichorrhexis nodosa, als eine parasitäre Haaraffektion, an einem typischen Falle einer Nachprüfung unterzogen.

Zur Färbung der Haare bediente sich Verfasser der von Hodara, Unna und Pick angegebenen Methoden. Die mikroskopische Untersuchung hat zwar das Vorhandensein von Bakterien an den Haaren festgestellt, jedoch keinen klaren Aufschlufs über die Form und die Art derselben ergeben. Diese Lücke hat erst die Reinkultur ausgefüllt. Die ersten bakteriologischen Versuche stellte Verfasser in der Weise an, dafs er den Bart des Patienten mit Alcohol absolutus abwusch, dann einige kranke Haare abschnitt und sofort in ein Reagensglas mit Fleisch-Pepton-Bouillon brachte. Das Glas wurde in Zimmertemperatur gehalten. Das Hauptergebnis der auch auf anderen Nährböden vorgenommenen Reinzüchtung war ein Bacillus, der ziemlich langsam wächst, am intensivsten auf Kartoffeln. Das Temperaturoptimum liegt bei 20°, doch auch bei Zimmertemperatur gedeiht er gut, während bei Körpertemperatur das Wachstum kümmerlicher ist, als bei 20° C. Auf Gelatine wirkt er spät verflüssigend (bei Zimmertemperatur nach 16—18 Tagen, bei 20° nach 6—7 Tagen), wobei jedoch bei Begünstigung der Verdunstung die Verflüssigung nicht sichtbar wird. Auf allen drei Medien nehmen die Kulturen einen gelblichen, mit der Zeit intensiver werdenden Farbenton an. Auf Gelatine und Agar zeigen die Kulturen eine charakteristische Zeichnung.

Da der Bacillus sowohl an der Oberfläche, als auch im Stichkanal in den tiefen Schichten der Nährmedien gedeiht, so ist er als aërob und als fakultativ anaerob zu bezeichnen. Gasproduktion wurde nicht beobachtet.

Was die Form betrifft, so handelt es sich um kurze Stäbchen mit abgerundeten Enden, deren Gröfsenverhältnisse je nach den Nährböden etwas variieren.

Die Länge beträgt auf Agar 0,8—1,6 μ, auf Gelatine 1—2,4 μ, auf Bouillon 1,6—2,8 μ, auf Kartoffeln 1,6—3,2 μ.

Die Dicke erreicht auf Agar 0,4—0,8 μ, auf Gelatine 0,4—0,5 μ, auf Bouillon 0,4—0,8 μ, auf Kartoffeln 0,3—0,6 μ.

Von Interesse bei diesem Bacillus ist die Kapselbildung, welche mit einer gewissen Regelmäfsigkeit in Bouillon aber zumeist nur bei der Stammkultur oder höchstens der zweiten Überimpfung vor sich geht. Die Kapseln sind ziemlich dick, schwächer gefärbt als die Bacillen und jeden einzelnen gleichmäfsig umgebend. Die eingekapselten Bacillen hängen zuweilen in kurzen Ketten aneinander. Oft liegen gröfsere oder kleinere Haufen von Bacillen zusammen in einer gemeinsamen Zoogloeamasse.

Die Bacillen färben sich mit den gewöhnlichen basischen Anilinfarben, nehmen jedoch den Farbstoff nicht leicht an. Am intensivsten färben sie sich in Anilinwasser-Gentianaviolett. Nach Gram sind sie nicht färbbar.

Sporenbildung wurde nicht beobachtet. Die Bacillen haben recht lebhafte Eigenbewegungen.

Impfungen mit denselben ergaben positive Resultate, jedoch gelang es nicht, bei der inokulierten Trichorrhexis Bacillen in den affizierten Haaren nachzuweisen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeiten werden in folgenden Sätzen zusammengefaſst:

1. Bei einem Falle von typischer Trichorrhexis nodosa barbae hat Verfasser fast konstant in allen kranken Haaren einen kleinen, wohlcharakterisierten Bacillus gefunden.

2. Dieser Bacillus differierte wesentlich von dem von Hodara beschriebenen „Bacillus multiformis Trichorrhexidis" und ist bisher noch nicht beschrieben.

3. Auf normalen Haaren und in drei Fällen von Trichorrhexis capillitii hat Verfasser diesen Bacillus niemals gefunden.

4. Mit Reinkulturen dieses Bacillus an normalen Barthaaren ausgeführte Impfungen führten zur Entwickelung eines mit dem Stammfalle identischen Krankheitsbildes.

5. Dadurch wird es in hohem Grade wahrscheinlich, daſs der in Rede stehende Bacillus die Trichorrhexis nodosa hervorrufen kann; der endgültige Beweis wird jedoch erst dann geliefert sein, wenn es gelingt, den inokulierten Bacillus in der sekundär erzeugten Trichorrhexis lebensfähig nachzuweisen. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.
Bd. VII. Heft 1.

1. **Zur Kenntnis der traumatischen Hydronephrose,** von P. Wagner.

2. **Über den perinealen Lappenschnitt bei Prostataoperationen,** von J. Verhoogen. Die Arbeit, deren Fortsetzung im nächsten Heft folgen wird, befaſst sich mit der Methode Zuckerkandls, deren Verfasser sich zur Freilegung der Prostata vom Damm aus bedient, und die eine sehr gute Übersicht des Operationsfeldes giebt; der Lappenschnitt wird mit der Basis gegen den After am Rande des Sphincter ani geführt, die vordere Mastdarmwand wird nach Durchtrennung des Septum perineale stumpf abgelöst, und dann werden die Schenkel des Levator ani beiderseits durchtrennt. Nun hat man eine breitklaffende Wunde, in deren Tiefe man die ganze Hinterwand der Prostata, die Samenbläschen und Teile der hinteren Blasenwand gut übersehen kann.

(Fortsetzung folgt.)

3. **Ein Fall von doppelseitiger eiteriger Orchitis, Epididymitis und Prostatitis; Kastration, Heilung,** von Erich Francke. Die Überschrift giebt den Überblick über die Krankengeschichte des in Kollmanns Klientel behandelten Falles. Der Verlauf war ein langwieriger, die Heilung der groſsen Prostataabscesshöhle erfolgte nur langsam, der Patient kam kolossal herunter, erholte sich aber auffallend rasch. Was die Ätiologie anlangt, so war Blennorrhoe wohl auszuschlieſsen, der Patient gab einen Fall auf den Damm als Ursache an; ein Arzt hatte „Influenza" konstatiert. Verfasser neigt zu der Annahme, daſs Tuberkulose auszuschlieſsen sei, worin ihm wohl jeder, der ähnliche Fälle sah, beistimmen wird; er möchte die Influenza verantwortlich machen, eine Annahme, die auch ganz plausibel erscheint, da auch ja sonst Eiterungen im Verlauf der Influenza in den verschiedensten Organen beobachtet sind. Schade, daſs in diesem Falle keine bakteriologische Untersuchung stattgefunden hat. *F. Hahn-Bremen.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.
Heft III. 1895.

Die Urethritis chronica und das Ulcus simplex contagiosum, von R. Campana. Verfasser hat in seiner ausgedehnten Praxis mehrfach die Beobachtung gemacht,

daſs Individuen mit chronischer Urethritis, wenn sich dieselben nicht peinlicher Reinlichkeit beflissen, zuweilen aber auch trotz aller Vorsichtsmaſsregeln, öfters kontagiöse Ulcera in der follikulären Form oder auch ausgedehntere aufwiesen, welche als epitheliale Erosionen, zuweilen als sog. erosive Balanoposthitis beginnen. Die mikroskopische, bakteriologische und experimentelle Untersuchung hat nun eine Übereinstimmung der Sekrete dieser Ulcerationen und der Urethra ergeben: zahlreiche Tumoren und Schizomyceten (konstant der Staphylococcus pyogenes albus und auch der aureus, nicht selten Streptokokken und Diplokokken). Inokulationen mit diesen Sekreten auf andere Körperstellen führen regelmäſsig zur Reproduktion derselben Ulcerationen.

Syphiloderma pigmentarium, von FRATTALI. (Erschienen in dieser Zeitschrift. Bd. XXII. No. 2.) *C. Müller-Bern.*

The British Journal of Dermatology.

Januar 1896.

I. **Bemerkungen über einen Fall von Dermatitis repens**, von J. H. STOWERS-London. Die Krankheit begann bei der 67jährigen Patientin vor nahezu 48 Jahren mit einer kleinen Eiteransammlung in der Matrix und in der Umgebung des rechten Daumennagels. Der Abscefs wurde incidiert. Bald nachher wurde der Nagel entzündet und locker. Dieser Zustand besserte sich wohl, ist aber niemals in vollkommene Heilung übergegangen. Kleine Pustelchen bildeten sich in der Umgebung des affizierten Nagels, die lange Zeit persistierten. Ein Jahr später wurden der linke Daumen und nach und nach alle Finger bis auf den dritten und vierten der linken Hand in ähnlicher Weise befallen. Der letzte der affizierten Finger begann vor vier Jahren zu erkranken. Es bildete sich an der Innenseite eine kleine Pustel, die die langsam fortschreitenden Ulcerationsprozesse, den Nagel und die Matrix zerstörte und eine teils exkoriierte, teils ulcerierte, mit einer trockenen Kruste resp. Cuticula bedeckte Fläche zurückliefs. Die Pusteln entleerten eine gelbliche, dicke, zeitweilig seröse und farblose, geruchlose Flüssigkeit und waren zumeist namentlich in der Entwickelung, von heftigen, brennenden Schmerzen begleitet. Die Nägel der Zehen begannen vor zehn Jahren sich zu entzünden und sind bis auf den dritten am linken Fufse alle entfernt. Einzelne Fingergelenke waren geschwollen und täuschten gichtische Ablagerungen vor. Die Haut an den Füfsen und Unterschenkeln war weich und glänzend.

Die inneren Organe waren gesund. Die Anamnese ergab keine Anhaltspunkte für eine durchgemachte Syphilis. Die Patientin war verheiratet und hatte gesunde Kinder.

Lange Zeit hörte Verfasser von der Kranken nichts mehr. Ein Bericht aus dem Jahre 1891 giebt an, daſs die Hände und Füfse der Patientin mit trockenen Schuppen bedeckt, stellenweise ihrer Epidermis ganz entblöfst waren. Die Nägel fehlten sämtlich. Die Patientin klagte über Jucken und Brennen, das ihr den Schlaf raubte. Im Jahre 1893 hatte sie ein über den ganzen Körper verbreitetes Erythem, welches bis zu ihrem infolge eines Magencarcinoms erfolgten Tode anhielt. Die Autopsie war nicht gestattet worden.

Die mikroskopische Untersuchung vorzunehmen, war leider verabsäumt worden.

Verfasser bespricht eingehend die Litteratur der Dermatitis repens, welche wahrscheinlich häufiger vorkommt, als man für gewöhnlich annimmt. Beim ersten Blick glaubt man ein Ekzem vor sich zu haben, aber die lange Dauer, das schleichende Fortschreiten der Affektion, der eigentümliche, jähe, buchtenreiche und unterminierte Rand zwingen zu einer anderen Diagnose.

Von Interesse in dem vorliegenden Falle war, daſs beide Hände und Füfse ergriffen waren und somit der Beweis geliefert wurde, daſs die Krankheit nicht

notwendigerweise unilateral auftreten müfste. Gegen die gewöhnlichen Beobachtungen waren ferner das Fehlen einer primären Verletzung, die heftigen brennenden Schmerzen, wie sie häufig die periphere Neuritis begleiten.

Was die Therapie betrifft, so haben interne Mittel wenig oder gar keine Wirkung. Lokal dürfte im Beginn der Erkrankung die Excision oder Kauterisation des Randes am zweckmäfsigsten sein, um das Fortschreiten zu verhindern. Weiter kommt dann die Applikation von Salben und Puder in Betracht. Veiel empfiehlt gegen die Dermatitis repens die Anwendung von Airol. Innerlich sind Sedativa, eventuell Narcotica und Tonica zu reichen.

II. **Ein Fall von urämischer bullöser Dermatitis,** von A. Barrs-Leeds. Die 19jährige Patientin wurde in sehr schwerem Zustande ins Hospital aufgenommen. Sie fieberte stark, delirierte, lag in halbkomatösem Zustande da. Zeitweilig kehrte das Bewufstsein zurück. Die Patientin klagte dann über heftige Schmerzen in den Beinen. Eine Besichtigung des Körpers ergab eine allgemeine Schwellung der Unterextremitäten, gleichzeitig das Vorhandensein eines Hautausschlages. Derselbe bestand an den Fufssohlen aus grofsen, schmerzhaften, eine durchscheinende Flüssigkeit enthaltenden Blasen. Der Fufsrücken, wie die Zehen zeigten kleinere Blasen. Die Nägel waren frei. An anderen Körperteilen waren Gruppen von ziemlich festen Bläschen auf einem entzündlichen, hellroten Grunde zu sehen. Hier und da war das Blasenstadium nicht erreicht, die entzündete Haut wies nur papulöse Erhabenheiten auf. Den Füfsen der Patientin entströmte ein penetranter Geruch.

Die Lippen waren trocken, das Zahnfleisch wund, die Zunge trocken und rissig.

Die Untersuchung des Urins ergab starken Eiweifsgehalt.

Schon Wochen vorher hatte die Patientin an allgemeinem Hydrops gelitten.

Fünf Tage nach ihrer Aufnahme starb sie in urämischem Zustande. Die Autopsie stellte chronische, parenchymatöse Nephritis mit sekundärer Hypertrophie des linken Ventrikels fest.

Die klinischen Merkmale des Falles sind in kurzen Worten folgende: 1. ein schwerer Allgemeinzustand urämischen Charakters; 2. eine fast universelle Entzündung der Haut von vesiko-bullösem Typus; 3. ein sehr spärlicher, stark eiweifshaltiger blutiger Urin; 4. allgemeiner Hydrops in den vorangegangenen Monaten.

Der Fall ist ein Beispiel von akuter, auf chronischen Morbus Brightii zurückzuführender Dermatitis. Von einer urämischen Dermatitis ist bis jetzt in der Litteratur nichts berichtet, obwohl Pye-Smith und andere Autoren Hautausschläge im Verlaufe der Brightschen Krankheit nicht zu den grofsen Seltenheiten zählen. Unter acht von Lancaster publizierten Fällen ist keiner, der den grofsblasigen Zustand an den Füfsen dargeboten hat, wie in dem vom Verfasser beschriebenen. Lancaster schreibt den Ausschlag der Anwesenheit eines Giftes in den Geweben zu und findet eine Analogie in den Ausschlägen bei Pyämie infolge von Arzeneien, Ptomainen, welche Annahme Verfasser auch für seinen Fall acceptiert. *C. Berliner-Aachen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1895. Heft 10—11.

I. **Beitrag zum Studium der Alopecie,** von J. Audrain. Audrain hat in einer gröfseren Reihe von Fällen von Alopecia areata sein Augenmerk besonders auf die brüchigen Haare und auf die Haarstümpfe gerichtet und die Beobachtung gemacht, dafs dieses Symptom fast niemals fehlt; bei der typischen Form ist es immer vorhanden, nur trifft man es nicht immer an, weil es sich nur während der akuten Periode zeigt. Je gröfser die Zahl der brüchigen Haare, um so ausgedehnter sind die kahlen Stellen; die Dauer der Krankheit wird dagegen nach Audrain durch

denselben pathologischen Vorgang bestimmt, der die Atrophie der Haare und der Haut bewirkt; beide Prozesse treten aber unabhängig voneinander auf. Des weiteren läfst sich A. über den Einfluſs der Atrophie auf den Haarstumpf aus und unterscheidet drei verschiedene Grade der ersteren, denen entsprechend der Haarstumpf ein dreifach verschiedenes Ansehen bietet. Aus seinen Beobachtungen zieht er den Schluſs, daſs die Brüchigkeit der Haare nicht trophoneurotischen, sondern parasitären Ursprungs sei. Auch über die Natur dieses Parasiten sucht er einiges Licht zu verbreiten. In zwei Fällen hat er das groſssporige Trichophyton gefunden. Dieses Mikrobion ist freilich nur für die wenigsten Fälle verantwortlich zu machen. Sehr häufig hat er dagegen an der Spitze der abgebrochenen, bogenförmig aussehenden Haare eine groſse Menge ganz kleiner, birnförmiger Elemente beobachtet. Sie fanden sich jedoch, was wichtig ist, nur auf solchen Haarstümpfen, die noch im Haarkanal lagen, und nur bei noch nicht behandelten Fällen, die noch in voller Entwickelung standen. Ihre Form und Gröſse blieben immer die nämlichen. Über ihre Gruppierung kann A. noch nichts Bestimmtes aussagen. An ihrem dünneren Ende glaubte er oft eine Art Bewegung wahrzunehmen. Weitere Mitteilungen über ihre Kultur und Verimpfung werden in Aussicht gestellt.

II. **Über einen Fall von Psoriasis vaccinalis**, von G. Rioblanc. Unter Psoriasis vaccinalis versteht der Verfasser diejenige Form von Psoriasis, die sich im Anschluſs an eine Impfung bei einem bis dahin von dieser Krankheit verschont gebliebenen Individuum entwickelt. Aus der gesamten Litteratur, soweit er sie überblicken konnte, stellt er nun derartige Fälle zusammen und erhöht diese Zahl durch seine eigene Beobachtung, die einen 22jährigen Soldaten betraf, auf zehn. Er benutzt seine Mitteilung gleichzeitig zu einer Kritik der Ansichten über das Zustandekommen der Psoriasis und weist an der Hand des vorliegenden Materials mit viel Geschick nach, daſs die Lehre von der Übertragung dieser Dermatose durch etwaige Mikrobien auf sehr schwachen Füſsen steht, daſs es sich dabei vielmehr um eine angeborene Anlage handle, die durch den von der Impfung ausgehenden Reiz zum Ausbruch komme.

III. **Über drei weitere Fälle von Elephantiasis congenitalis**, von Moncorvo-Rio de Janeiro. In einer früheren Abhandlung hatte der Verfasser den Satz aufgestellt, daſs die Elephantiasis bisweilen angeboren vorkomme. Zu den sechs bis jetzt in der Litteratur bestehenden Belegen für diese Behauptung fügt er nun drei weitere Beobachtungen hinzu. In allen drei Fällen waren die Unterextremitäten betroffen. Nachdem dieses Material von im ganzen neun Fällen alsdann eine statistische Bearbeitung erfahren hat, wendet er sich der Ätiologie der Krankheit zu. Er erblickt in dem Streptococcus Fehleisen den Erreger der Elephantiasis und sieht sich in dieser Annahme durch die Thatsache bestärkt, daſs er diesen Streptococcus in mehreren Fällen von akuter Lymphangitis, die ja das erste Stadium der Elephantiasis bildet, gefunden hat. Noch ein zweiter Umstand wird ihm zu Gunsten seiner Annahme verwertet: in zwei Fällen von angeborener Elephantiasis hatten die Mütter nämlich während der Schwangerschaft lymphangitische Entzündungen durchgemacht; der Streptococcus ist dann auch zu dem Fötus hinüberspaziert. Die Abhandlung schlieſst mit einigen Bemerkungen über die cystische Form der Elephantiasis, die allemal mit Anasarka verbunden ist.

IV. **Ein Fall von Schanker des Septum narium (Sous-Cloison)**, von G. Richard d'Aulnay. Der Schanker saſs auf der Haut des Septum narium und reichte auf die Schleimhaut des rechten Nasenlochs hinüber. Er machte den Eindruck eines Furunkels und wurde, da jede Drüsenschwellung fehlte, auch als solcher behandelt. Erst im weiteren Verlauf änderte sich sein Aussehen und gestattete die

richtige Diagnose, an der dann auch, trotz des energischen Protestes des Patienten, festgehalten wurde. Die Heilung erfolgte unter verschiedenen Komplikationen, wie heftigsten Kopfschmerzen und starker Anschwellung der Nase mit Atembehinderung. Schliefslich gestand der Patient ein, dafs er längere Zeit in aufserehelichem Coitus die Zunge als Penis verwandte.

V. **Über akute und subakute Polyneuritis infolge von Quecksilber-Vergiftung**, von P. Spillmann und Etienne. Die Verfasser berichten über drei Fälle. Bei einem jungen Menschen stellten sich nach reichlichem Quecksilbergenufs heftige Muskelschmerzen im ganzen Körper mit Bewegungsschwäche und ausgesprochener Atrophie ein, Symptome, die sich erst nach acht Tagen langsam besserten.

Auch beim zweiten Patienten bestanden die ersten Vergiftungserscheinungen in Muskelschmerzen, später gesellten sich Atrophie, Sprach- und Schluckbeschwerden, Gemütsverstimmung hinzu; Besserung erst nach einem Monat. Der dritte Fall endlich begann mit Fieber, Stomatitis, Durchfall, Schmerzen in den Enkeln, Albuminurie. Schnelle Heilung nach Aussetzen des Quecksilbers.

Man soll deshalb, meinen die Verfasser, wo keine schwere Syphilis vorliegt, im Anfang der Behandlung mit dem Hg vorsichtig umgehen. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1895. Heft 10 und 11.

I. **Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen bei einem Falle von Tripper mit Komplikationen abseiten der Gelenke und der Haut**, von Colombini-Siena. Der 33jährige Patient hatte im Jahre 1889 bereits einen Tripper mit Gelenkerkrankung durchgemacht. Sein zweiter Tripper trat am 20. Oktober 1893 auf. Am 14. November kam er mit einem Erguſs im linken Kniegelenk, mit heftigen Schmerzen im rechten Knie und linken Fufsgelenk auf der dermatologischen Klinik in Siena zur Aufnahme. Hier erschien am folgenden Tage unter hohem Fieber ein skarlatiniformes Erythem, das fast den ganzen Körper bedeckte und unter lebhafter Abschuppung allmählich wieder verschwand. Am 24. November erschienen, namentlich im Gesicht und auf den Extremitäten, hanfkorngrofse, zusammenfliefsende Vesikeln. Nach Erlöschen dieses Ausschlages wurde Patient, der bis dahin keinen therapeutischen Mafsnahmen unterworfen war, ausgiebig mit Kubeben und Kopaivbalsam (innerlich) behandelt, ohne dafs sich von neuem Hautsymptome meldeten. Aus diesem Verhalten folgert Verfasser, dafs nicht nur in seinem Fall, sondern überall die Balsamica an dem Auftreten von Hautausschlägen unschuldig seien; für das Zustandekommen der letzteren macht er vielmehr rückhaltslos das blennorrhoische Gift verantwortlich.

Von dem Erguſs des linken Kniegelenkes hat der Verfasser mit dem Potain'schen Aspirator etwas entnommen und dies auf die verschiedensten Nährböden verpflanzt. Mit den Kulturen auf Wertheim'schem Nährgemisch (1 Teil menschliches Blutserum auf 3 Teile Agar) erhielt er positive Ergebnisse, Kulturen von Kokken, die, auf die menschliche Urethra überimpft (2 Fälle) hier je eine regelrechte Blennorrhoe erzeugten. Diese Befunde scheinen überzeugend. Weniger glücklich war C. mit den Untersuchungen des Blutes seines Patienten. Hier fand er nur in einem Leukocyten einen Gonococcus.

Diese Befunde verallgemeinert C. zu dem Schluſs, dafs die Gelenk- und Hautkomplikationen des Trippers eine Gonohämie, einen Übergang des Gonococcus ins Blut, ihr Entstehen verdanken, und dafs weder unbekannte Zufälle, noch die Eitererreger zur Erklärung ihres Auftretens heranzuziehen sind.

II. **Klinische Bemerkungen über den Bouton de Bahia**, von Juliano-Moreira.

Die in Bahia endemisch vorkommende Beule ist mit dem als „Clou de Biskra“ schon häufiger beschriebenen Geschwür identisch und führt aufserdem noch eine grofse Reihe anderer Bezeichnungen; Bassiba hat dafür den Namen: „Endemische Furunkel (Bouton) der heifsen Zone“ vorgeschlagen. Als Entstehungsursache nimmt man Moskitostiche an; Bacillen sind auch bereits in dem Geschwür gefunden worden. Der Knoten bildet sich mit Vorliebe auf den unbedeckten Körperteilen; kein Lebensalter bleibt verschont. Gewöhnlich ist ein Individuum Träger mehrerer solcher Beulen. Dieselben entstehen unter Schmerzen und Rötung der Haut, letztere wird emporgewölbt, es bildet sich eine kleine erythematöse Papel mit gelber Spitze; später formt sich erstere in einen kleinen Tuberkel um, dessen gelber Gipfel sich mit einer runden Kruste bedeckt; fällt diese ab, so bleibt ein Geschwür zurück, das allmählich die Gröfse eines 1 oder 2 Frankstückes erreichen kann. Nach und nach füllt sich der Geschwürsgrund dann wieder mit Granulationen aus; Heilung erfolgt unter Narbenbildung, wobei Entstellungen durch Narbenzug nicht ausgeschlossen sind. Von diesem normalen Verlauf kommen auch Abweichungen vor. Erysipel, Lymphangitis, Adenitis bilden mitunter Begleiterscheinungen der Tropenbeule.

Der im Entstehen begriffene Knoten läfst sich durch Ignipunktur zerstören, aber auch bei dem ausgebildeten Geschwür leistet die Kauterisation gute Dienste.

Seine histologischen und bakteriologischen Untersuchungen über dieses Geschwür der heifsen Zone wird Verfasser in einer ausführlichen Arbeit veröffentlichen.

III. **Zwei banale Ursachen des Haarschwundes**, von Henri Fournier. Neben den Ursachen, die für den Verlust der Haare gewöhnlich verantwortlich gemacht werden, giebt es noch zwei Mittel, die der Alopecie sehr förderlich sind, die aber fast nirgends gebührende Berücksichtigung finden; es sind dies der Mifsbrauch des Wassers und der Mangel von Fett.

Jedes Haar ist mit einer ganz dünnen Fettschicht überzogen, die zu seinem Schutze direkt und durch Wasser oder reichliche Kopfschweifse leicht abgespült wird; dann aber wird das Haar trocken und brüchig und unterliegt Veränderungen, die seine völlige Zerstörung herbeiführen. Das gewohnheitsmäfsige Befeuchten der Haare mit Wasser sei daher durchaus zu verwerfen. Empfehlenswert sei dagegen die Anwendung von Öl oder Pomaden, und die fetthaltigen Haarmittel seien auch dann beizubehalten, wenn die Fettabsonderung der Kopfhaut eine reichliche und überreichliche sei, denn dieses Hautsebum, das allerlei reizende Stoffe enthalte, werde am besten mittelst eines anderen Fettes gelöst und entfernt. Im weiteren stützt der Verfasser seine Angaben durch Berufung auf eigene Erfahrung, auf die Aussprüche anderer Autoren und durch den Hinweis auf vergleichend anatomische und ethnographische Beobachtungen.

IV. **Über das Fibroma perniciosum der Schweifsdrüsen**, von Ch. Audry-Toulouse. A. hat einer 37jährigen Frau eine kleine, runde, kirschgrofse, über der linken Augenbraue sitzende Neubildung entfernt, die mit der Haut fest verwachsen war, die er als Fibroma perniciosum der Schweifsdrüsen bezeichnet und von der er ungefähr folgende Beschreibung giebt:

Dicht unter der dünnen, papillenlosen Epidermis liegt eine zarte Schicht normalen Bindegewebes; daran schliefst sich unvermittelt das neoplastische Gewebe an. Dieses besteht aus fibrinösen Fasern, deren Zellen fast kugelrund sind und je einen verschieden grofsen Kern enthalten. Zwischen den dichtgelagerten Zellen gewahrt man spärliches, verkümmertes elastisches Gewebe.

Auf der Schnittfläche durch die fibröse Neubildung finden sich runde oder eiförmige Öffnungen, die von einem dichteren Gewebe umgeben sind, in deren Nachbarschaft aber keine Spur von elastischen Fasern erkennbar ist. Es sind dies

offenbar Schnitte durch erweiterte Schweifsdrüsen; die Höhlungen sind teils leer, teils mit flachen oder kubischen Zellen gefüllt. Das Fehlen der elastischen Scheide um die Schläuche spricht dafür, dafs die fibröse Neubildung unmittelbar von der Drüsenwand ihren Ausgang genommen habe. Eine Neubildung von Drüsen scheint nicht stattgefunden zu haben.

Verfasser kennt aus der Litteratur keine ähnliche Beobachtung, und das von Unna in seiner *Histopathologie der Haut* beschriebene Spiradenom ist nach dem letztgenannten Autor selber mit der hier beschriebenen Neubildung nicht identisch.

V. **Über ein polypenartiges Zungensyphilid. Lymphangiectasia syphilitica**, von Ch. Audry-Toulouse. Eine Frau war mit einem sehr vernachlässigten Syphilid in A.'s Behandlung gekommen. Alles heilte gut, nur am rechten Zungenrande, da wo die stärkste syphilitische Wucherung gesessen hatte, war ein haselnufsgrofser, rundlicher, gestielter Tumor übrig geblieben, der auf völlig gesunder Schleimhaut haftete. A. entfernte ihn mit dem Galvanokauter. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich, dafs er aus ganz jungem embryonalen Gewebe bestand, das von zahlreichen Lymphgefäfsen durchsetzt war; diese Lymphgefäfse waren mit Stücken (débris) einer stark veränderten Schleimhaut bedeckt.

VI. **Über Folliculitis granulosa der Haut**, von Ch. Audry-Toulouse. Als Folliculitis granulosa bezeichnet A. kleine Knötchen, die sich in der Haut der Unterextremitäten von Frauen jeden Alters finden. Diese Knötchen sind stecknadelkopfgrofs, hart, braun, mit der Epidermis verwachsen, schmerzlos, ragen nicht hervor und bleiben jahrelang unverändert. A. hat eines dieser Knötchen histologisch untersucht und kommt zu dem Schlufs, dafs sie aus einem Entzündungsprozefs rings um die Follikel hervorgehen. Von Zellen ist fast nichts mehr zu erkennen, aber die sonstigen degenerativen Einwirkungen der langsamen Entzündung auf das Bindegewebe sind noch deutlich vorhanden; daneben besteht noch die senile Veränderung des elastischen Gewebes.

VII. **Über den syphilitischen Schanker**, von Balzer. Ein klinischer, für die Studierenden bestimmter Vortrag, in dem neue, beachtenswerte Gesichtspunkte nicht zur Sprache kommen.

VIII. **Ein Fall von Erythema polymorphum**, von Nicolle-Rouen. Eine 26jährige Puella aus tuberkulöser Familie wurde, nachdem sie schon längere Zeit an unbestimmten Gelenkschmerzen gelitten hatte, von Fieber und allgemeiner Prostration befallen. Gleichzeitig bildeten sich im Nacken und hinter beiden Ohren je ein erythemato-papulöser Herd; aufserdem gewahrte man auf der Stirn noch einige kleinere, blassere Flecken. Daneben bestand eine ausgesprochene Angina. In den nächsten Tagen gesellten sich auch auf dem Handrücken einige Flecken hinzu. Auf den Unterschenkeln dagegen entwickelte sich nur ein sehr schmerzhaftes Erythema nodosum. Im weiteren Verfolg der Krankheit haben sich dann auf den schon abgeblafsten erythematösen Herden auf der Stirn frische Papeln gebildet.

Verfasser zieht aus seiner Beobachtung den Schlufs, dafs das Erythema polymorphum das Symptom einer Blutvergiftung sei, und dafs auch das Erythema nodosum nur eine Varietät des Erythema polymorphum bilde. *Türkheim-Hamburg.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

November 1895.

I. Bericht über einen **Fall von Urticaria pigmentosa**, der seit mehr als 20 Jahren bestand, von P. A. Morrow-New York. Folgt man den bisherigen klinischen Beobachtungen, die über die Urticaria pigmentosa gemacht worden sind, so mufs man glauben, dafs dieselbe hauptsächlich eine Krankheit des Kindesalters ist, wahrschein-

lich auf irgend einer angeborenen Disposition beruht und gegen das achte oder neunte Lebensjahr, jedenfalls aber um die Pubertätszeit spontan zu verschwinden pflegt. Es sind indessen in der neuesten Zeit einige Fälle mitgeteilt worden, bei welchen die Affektion sich zuerst im Jünglingsalter entwickelte. Crocker, Arning und andere Autoren bezweifeln jedoch, ob es sich um reine Fälle von Urticaria pigmentosa und nicht vielmehr um die gewöhnliche, mit Pigmentation endigende Urticaria gehandelt hat. Der Verfasser giebt im folgenden die sehr ausführliche Krankengeschichte eines jetzt im 21. Lebensjahre stehenden Patienten, bei welchem die Urticariaeruption sich 1—2 Monate nach der in seinem fünften Lebensmonate vorgenommenen Vaccination entwickelt hatte. Es gab kaum eine Stelle, die nicht von der Affektion befallen gewesen. In späteren Jahren sind die Efflorescenzen vom Gesichte, von den Händen und Füßen, vom Hinterhaupt und den Schleimhäuten verschwunden, dafür sind jedoch gewisse Erscheinungen aufgetreten, welche in der Kindheit nicht dagewesen sind. An den Seiten des Stammes und auf dem Rücken bemerkte man hier und da zwischen den alten Läsionen zerstreut eine Anzahl von stecknadelkopf- und kleinerbsengroßen, rötlich-braunen Erhabenheiten, deren dunkle Färbung mit den heller, rosarot pigmentierten Plaques kontrastierten. Die Excision eines der Knötchen behufs histologischer Untersuchung wurde nicht gestattet.

Verfasser bespricht unter Heranziehung der Ansichten verschiedener Autoren die Pathologie, das Wesen und die Ätiologie der Urticaria pigmentosa.

II. **Ein Fall von Folliculitis agminata parasitären Ursprungs**, von M. B. Hartzell-Philadelphia. (Vortrag, gehalten auf der 19. Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft. 17. Septbr. 1895 in Montreal.) Der 32jährige Patient zeigte bei der ersten Besichtigung eine Hautaffektion, welche sich über den größeren Teil des linken Beines erstreckte und scheinbar aus zwei verschiedenen Arten von Läsionen bestand. Bei genauerer Untersuchung jedoch erwiesen sich dieselben nur als verschiedene Stadien desselben Krankheitsprozesses. Unmittelbar oberhalb des Malleosus internus war eine handtellergroße, unregelmäßig ovale, beträchtlich erhabene, mit einer spärlichen, gelblich-grauen, weichen, leicht abhebbaren Kruste bedeckte Stelle. Unter dieser Kruste war eine hellrote, unebene, grobkörnige Oberfläche, die zahlreiche kleine Öffnungen enthielt, aus denen sich auf schwachen Druck eine spärliche, serös-eiterige Flüssigkeit entleerte. Dem Aussehen nach zu urteilen, war die große Plaque durch Konfluenz mehrerer kleiner, in der Peripherie sich ausbreitender entstanden. Über die innere und vordere Fläche des Beines vom Knöchel bis zum Knie zerstreut sah man eine Anzahl kleinerer, ähnlicher, cirkulärer, verschieden großer Plaques. Dieselben entsprachen alle geschwollenen und entzündeten Haarfollikeln, aus denen zum größten Teile die Haare ausgefallen waren. Außerdem bemerkte man zahlreiche, stecknadelkopf- bis erbsengroße, teils einzelnstehende, teils zu Gruppen vereinigte, jede von einem Haar durchbohrte, über das ganze Bein unregelmäßig zerstreute Pusteln. Die Krankheit war von intensiven Juckparoxysmen begleitet, und das Bein war zeitweilig so schmerzhaft, daß der Patient kaum gehen konnte.

Wie derselbe angiebt, war er vor etwa sechs Wochen auf einen scharfen Stein gefallen. Die Wunde oberhalb des Malleolus internus war scheinbar in wenigen Tagen abgeheilt. Acht bis zehn Tage später zeigte sich an der verletzten Stelle eine einzelne Pustel, der bald andere in der Nachbarschaft nachfolgten.

Die mikroskopische Untersuchung, deren Resultate sehr ausführlich mitgeteilt werden, hat als Ursache der Affektion den Trichophytonpilz ergeben, der im vorliegenden Falle im Gegensatze zu den gewöhnlichen Fällen in die tieferen Hautschichten eingedrungen, sich an einer sonst ungewöhnlichen Stelle angesiedelt und zu einer ausgedehnten und schmerzhaften Krankheit Anlaß gegeben hat.

Diskussion. Dr. Wigglesworth möchte wissen, ob Vortragender irgend eine Beziehung der Ausdehnung und der Intensität der Läsionen zur Quelle der Affektion annehme, ob dieselbe vom Pferde oder einem kleineren Tiere herrühre.

Dr. White meint, dafs man schon am Kerion ersehen könne, wie tief gewisse Formen des Trichophytonpilzes in die Haut eindringen.

Dr. Hyde hat besonders schwere Fälle von Trichophytie bei Schafscherern gesehen, die ihre Krankheit von den Schafen acquirierten.

Dr. Sherwell hat in früheren Versammlungen auf die Verwüstungen des bei niederen Tieren vorkommenden Trichophytonpilzes hingewiesen.

III. **Zwei Fälle von Bromexanthem**, von G. Th. Jackson. Im ersten Falle entwickelte sich bei einer jungen Frau auf Bromgaben. und zwar kurze Zeit nachdem das Medikament bereits beiseite gesetzt war, an der Stirn ein den Schafpocken ähnlicher Ausschlag, der sich später über den ganzen Körper ausbreitete. Vier Wochen darauf sah Verfasser die Patientin. Dieselbe zeigte im Gesicht erhabene, flache, feste, weifslich-gelbe Efflorescenzen, die einen weniger eiterigen, als käsigen Inhalt hatten. Ihre Oberfläche war uneben und hatte ein warzenähnliches Aussehen. Einige waren mit Krusten bedeckt. Die Efflorescenzen hatten die Gröfse einer Erbse, waren schmerzlos und von einer schwach rötlichen Zone umgeben. Ähnliche, vereinzelte Efflorescenzen waren über Arme und Beine zerstreut. Dort, wo die Krusten ausgefallen waren, sah man wenig vertiefte, schwach rote Narben. Der Verfasser war geneigt, Syphilis anzunehmen, wurde jedoch durch einen zweiten ganz ähnlichen Fall bei einem Kinde veranlafst, die Diagnose auf Bromexanthem zu stellen.

Diskussion. Dr. Morrow glaubt, dafs die schwereren Formen der Bromexantheme besonders bei Kindern vorkommen, die eine grofse Neigung zu Gefäfsstörungen zeigen. Dagegen widerspreche es unserer Kenntnis der Arzeneiausschläge, dafs die Eruptionen fortdauerten, nachdem mit dem Medikament sistiert worden. Es sei schwer, zu erklären, warum die Wirkung noch lange nachher anhalten sollte.

Dr. Hartzell erwähnt die Häufigkeit, mit welcher Herzklappenfehler sich mit schwereren Brom- und Jodausschlägen vergesellschaften.

Dr. Fox sagt, dafs gewisse Syphilide bei Kindern den Bromeruptionen sehr ähnlich sehen und leicht zu Irrtümern verleiten.

Dr. Allen hat manche Arzeneiausschläge noch Wochen, nachdem das Medikament entfernt war, persistieren gesehen. Nerveneinflüsse spielen ebenso beim Entstehen, wie bei der Elimination der Eruptionen eine Rolle.

IV. **Photographien von zwei alten peruvianischen Vasen**, von A. S. Ashmead-New York. Verfasser erhielt von Prof. Bastian aus Berlin drei Photographien alter peruvianischer Vasen aus dem königlichen ethnologischen Museum, von denen die eine einen sich kratzenden Zwerg mit einem an Lepra erinnernden Aussehen, die andere einen Kopf darstellt, dessen Defekte den Beschauer glauben machen, dafs man es mit der Abbildung von Lupus oder Syphilis zu thun habe.

Dezember 1895.

I. **Die Epitrichialschicht der Epidermis und ihre Beziehung zur Ichthyosis congenita**, von J. T. Bowen-Boston. (Vortrag, gehalten in der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft in Montreal, 14. September 1895.) Welcker in Halle war der erste, welcher im Jahre 1864 eine deutlich markierte Schicht von Zellen in der Epidermis junger Embryonen beobachtet und beschrieben hat. Sie glich derjenigen Membran, welche die Haare gewisser niederer Tiere umgiebt. Aus diesem Grunde bezeichnete er jene Schicht als Epitrichialschicht, und die Membran nannte er Epitrichium. Während in der Folgezeit das Epitrichium gewisser Tiere allgemein von den Forschern acceptiert worden ist, wurde das Vorhandensein einer Epitrichial-

schicht geleugnet und diese schliefslich vergessen. Verfasser hat sich mit dem Gegenstande lange Zeit beschäftigt und das Resultat seiner Untersuchungen in einem Artikel im *Anatomischen Anzeiger für 1889* niedergelegt. Hauptsächlich war seine Aufmerksamkeit auf die Frage gerichtet, ob irgendwelche Anomalien der Epidermis bekannt wären, welche durch die Persistenz der Epitrichialschicht nach der Geburt erklärt werden könnte. An erster Stelle dachte er an die Ichthyosis congenita. Im Sommer 1892 hatte Verfasser Gelegenheit, einen Fall genau zu beobachten. Dr. Bakon, der bei der Geburt des Kindes zugegen war, giebt an, dafs dasselbe von Kopf bis Fufs von einer dünnen, vollkommen glatten Membran bedeckt war, die nur lose den darunterliegenden Geweben anhing. Sie sah aus wie Paraffinpapier. Im Alter von 14 Monaten starb das Kind an Diphtherie. Etwa fünf Wochen vorher löste sich die Membran in grofsen Streifen ab, die Haut darunter sah normal aus. Unmittelbar vor Eintritt der Diphtherie war die Haut fast ganz normal geworden.

Es liegt hier triftiger Grund zur Annahme vor, dafs dieses Hautphänomen von der Persistenz der Epitrichialschicht herrührt, welche ihre Integrität bis zur Geburt bewahrt hat, anstatt im siebenten Monate des fötalen Lebens abzufallen.

Verfasser zieht vergleichsbalber die Fälle und die Untersuchungen von Hallopeau, Hebra, Grass, Török und andere heran.

Diskussion. Dr. White weist auf die Desquamation der frühzeitig gebildeten Haare hin, die noch im Uterus Platz greift. Er möchte gern wissen, ob Vorredner irgend einen Zusammmenhang dieser Haare mit der Epitrichialschicht bemerkt habe, oder ob die Haare tiefer eingedrungen wären und ein Teil der Zusammensetzung des Fötus wären.

Dr. Bowen erwidert, dafs beim Menschen die Haare erst erschienen, wenn die Membran verloren gegangen wäre.

Dr. Shepherd weist auf die Wichtigkeit des Studiums der Embryologie hin. Viele Anomalien könnten leicht durch die Theorie von der Persistenz eines fötalen Zustandes erklärt werden.

II. **Katheterisation der Ureteren beim Manne**, von A. B. Gaither-Baltimore. Der Verfasser beschreibt das Verfahren, mittelst eines gut erleuchteten Cystoskops die Ureteren zu untersuchen, resp. zu katheterisieren, so ausführlich, dafs wir diejenigen Leser, welche geneigt sind, die Methode in ihrer Praxis auszuüben, auf den Originalartikel verweisen.

III. **Bemerkungen über Arzneiexantheme**, von J. A. Fordyce-New York. Verfasser beschreibt sechs Fälle mit ungewöhnlichen Manifestationen von Arzneiwirkungen auf die Haut.

Im ersten Falle handelt es sich um einen knotigen Ausschlag infolge Gebrauchs von Jodkalium. Die mit geröteter Haut bedeckten, ziemlich weichen Schwellungen an der Vorderfläche des linken Oberschenkels täuschten tief gelegene Abscesse vor.

Fall 2 und 3 zeigten rupiaähnliche Ausschläge, welche auf den Gebrauch von Jodkalium zurückzuführen waren.

Im vierten Falle handelt es sich um ein Erythema scarlatiniforme an der Regio pubica nach Applikation von grauer Salbe.

Fall 5 ist dem vorigen ähnlich.

Der sechste Fall zeigte einen erythematösen Ausschlag nach innerem Gebrauch von Borsäure.

IV. **Drei Fälle von Amputatio penis wegen Epithelioms**, von W. N. Wishard-Indianapolis. Im ersten Falle wurde die Amputation nahe am Scrotum gemacht und unterhalb desselben in die Urethra eine Öffnung gelegt, ein Verfahren, das sich

gegenüber dem im zweiten Falle geübten nicht bewährte. Nach 1½ Jahren stellte sich ein Recidiv ein, dem der Patient kurze Zeit darauf erlag.

Im 2. Falle hat das Epitheliom den ganzen Penis ergriffen. Die Urethra wurde dicht hinter dem Scrotum quer durchschnitten, nachdem vorher eine Perinealöffnung hergestellt worden war. Dieser Patient ist vor 4½ Jahren operiert worden und befindet sich gegenwärtig vollkommen wohl, hat keine Blasenbeschwerden, ist im stande, den Urin während der ganzen Nacht und 3—4 Stunden am Tage festzuhalten.

Der dritte Fall, vor sechs Monaten operiert, befindet sich ebenfalls gut, ohne Zeichen eines Recidivs aufzuweisen.

In den beiden letzten Fällen wurde die Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Hautekzeme und Augenkrankheiten, von E. Gergens. (*Vereinsbl. d. Pfälz. Ärzte.*) Der Verfasser glaubt, dafs die gewöhnlich als skrophulöse Ophthalmie bezeichneten Leiden der Bindehaut und Hornhaut oft auch einfach Folgen lokaler Krankheitsvorgänge sind, so von Erkrankungen der Haut und Schleimhaut des Gesichts und Kopfes. Er glaubt, dafs parasitäre Einflüsse da mitspielen, und stützt sich dabei sehr auf die Unnaschen Ausführungen über die parasitären Ursachen der Ekzeme. Alle bisher angestellten Versuche haben nur den Befund der gewöhnlichen Eiterkokken bei den Ekzemen der Haut und Bindehaut ergeben, durch deren Einimpfung man auch phlyktänuläre Entzündungen oder wenigstens ähnliche Prozesse erzeugt hat.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ekzem der Schleimhäute, von M. B. Hartzell. (*Med. News.* 27. April 1895.) Diese Affektion ist jedenfalls sehr selten, und man hat sogar (Pye-Smith) den Schleimhäuten eine Immunität gegen Ekzem zugeschrieben. Verfasser schildert einen interessanten Fall bei einem 38jährigen Arzte, welcher drei Attacken von Ekzem der Oberhaut mit zweimaliger Beteiligung der Mundschleimhaut durchmachte. Das letzte Mal trat die Affektion im Anschlufs an eine follikuläre Tonsillitis auf. Am dritten Krankheitstage traten am Kinn, den Wangen, der Stirn, den Handtellern, Oberschenkeln und am Anus zahllose, stecknadelkopfgrofse Bläschen auf, ein typisches vesikulöses Ekzem. Gleichzeitig klagte Patient über ein eigentümliches Ziehen im Munde, und beim Nachsehen fand man die Schleimhaut der Lippen, der Zunge und der Wange mit zahllosen ähnlichen Bläschen bedeckt. Viele derselben waren geplatzt und hatten seichte Geschwüre hinterlassen. Acht Tage später entwickelten sich ähnliche Bläschen an den Konjunktiven und auch auf der Nasenschleimhaut. (Ferner trat ein subakuter Gelenkrheumatismus hinzu.) An den Schleimhäuten sehen die Ekzembläschen weifslich und undurchsichtig aus und lösen sich sehr bald auf, so dafs die Diagnose ohne gleichzeitige Beteiligung der Cutis oft recht schwer zu stellen ist.

Philippi-Remscheid.

Mehrere Fälle von akuter Nephritis bei Ekzem, von Dr. C. Brunns in Leipzig. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 28.) Verfasser beschreibt sieben Fälle von

akut entstandenen Nephritiden, die zum Teil mit Sicherheit, zum Teil mit gröfster Wahrscheinlichkeit auf das Ekzem an sich, nicht auf dabei verwendete Medikamente zurückzuführen sind. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über einen mit salicylsaurem Natron behandelten Fall von Eccema capitis, von C. E. Lockwood. (*New York med. Journ.* 20. April 1895.) Von der Voraussetzung ausgehend, dafs das Ekzem auf einer gichtischen oder sog. harnsauren Diathese beruhe, verordnete Verfasser einem 38jährigen Manne, der seit vier Jahren ein sich allmählich verschlimmerndes Ekzem auf dem Kopfe und der Stirn und nebenbei einige Jahre an Rheumatismus gelitten hatte, eine Lösung von Natrium salicylicum (7,5 : 17,5) mit Natron bicarbonicum, dreimal täglich einen Eslöffel voll zu nehmen. In etwa zwei Monaten war die Affektion vollständig geheilt. Ob dies günstige Resultat mehr der auch von Dr. Haig gerühmten Harnsäure lösenden Eigenschaft des Salicyls oder der gleichzeitigen Applikation eines Waschwassers und Salbe (Ol. picis, Ungt. hydrarg. ammoniat.) zuzuschreiben sei, bleibt immerhin unentschieden. *Philippi-Remscheid.*

Ein Fall von akuter diffuser Ichthyosis (?) bei einem 2¼ Jahre alten Kinde; wesentliche Besserung nach Darreichung getrockneter Schilddrüse, von J. P. Marsh. (*Med. News.* 20. April 1895.) Der Knabe hatte bei der Geburt und in den ersten zwei Lebensjahren nichts Abnormes dargeboten. Nach einer Attacke von Diphtherie mit vorübergehender Lähmung der Beine fiel es auf, dafs die Hände und das Gesicht sich kalt, hart und steif anfühlten. Dabei schien auch die Intelligenz etwas gelitten zu haben. Verfasser konstatierte, dafs die Haut am Gesicht, Hals, den Unterarmen und an der vorderen Fläche der Oberschenkel kalt, verdickt, unbeweglich und glatt (!?!) war. In der Gegend der Schulterblätter fand sich eine erhebliche Verdickung der Haut, und der Stimmfremitus war an dieser Stelle deutlich verstärkt infolge der erleichterten Schallleitung. Das Kind erhielt Tabletten von 0,06 getrockneter Schilddrüse einmal täglich beim Zubettgehen. Nach zwei Monaten war trotz interkurrentem Fieber die Affektion so erheblich gebessert, dafs Verfasser sich berechtigt fühlt, das Mittel bestens zu empfehlen. *Philippi-Remscheid.*

Ein Fall von akuter, allgemeiner, exfoliativer Dermatitis (Pityriasis rubra), von W. Cooper und F. Penny. (*Lancet.* 27. Juli 1895.) Unter obiger Bezeichnung wird folgender Fall beschrieben: Eine 28jährige Witwe kam am 1. Januar 1895 wegen einer die ganze Oberfläche einnehmenden, trockenen, stark schuppenden Hautaffektion in Behandlung. Abgesehen von einem kurz dauernden Ekzem der Unterschenkel im Jahre 1884 war sie bis zum Oktober 1894 im wesentlichen gesund gewesen. Alsdann trat an den Waden und den Beugeseiten der Vorderarme eine als Psoriasis diagnosticierte Affektion auf, welche nach zwei Monaten universell wurde. Die Schuppen waren von unregelmäfsiger Gestalt, gelblichweifser Farbe und sehr dünn. Es wurde davon täglich mehr als ein halber Liter abgestofsen. Unter den Schuppen war die Haut intensiv rot bis purpurfarben, nirgends verdickt, ohne Exsudation und juckte nur wenig. Die Kopfhaut war auch stark beteiligt, und das Haar fiel in reichlicher Menge aus. Unter Bettruhe, einer leichten, aber nahrhaften Diät, äufserlichen Applikationen von Liquor plumbi subacetici und Oleum amygdalarum, sowie von Ichthyol und Oleum olivarum nebst innerer Darreichung von Leberthran und einer Mixtur von Jodkalium mit Liquor hydrargyri perchlorici und Decoctum sarsae compositum trat bald eine entschiedene Besserung ein. Nach einigen Zwischenfällen konnte Patientin am 9. April geheilt entlassen werden. Aufser der genannten Medikation wurden auch andere Mittel zeitweilig angewandt. Decoctum

chinae, ferner Quecksilberoleat und eine Lösung von Glycerin in Kalkwasser mit Zinkoxyd. Arsenik schien wenig Einfluſs auf das Leiden auszuüben.

Philippi-Remscheid.

Über Pseudo-Ichthyose, von Léon Pittet. (Inaug.-Dissert. Basel 1894.) Eine Wäscherin zeigt nach vorausgegangenen Parästhesien ichthyosisähnliche, symmetrische, circumskripte Erkrankung der Haut und Nägel an Unterarmen und Unterschenkel. Allmählich wird die Sensibilität normal, die Nägel nehmen ihre natürliche Form wieder an, die Ausdehnung der Hautveränderungen nimmt ab. Verfasser bezeichnet den auf der Wolffschen Klinik in Straſsburg beobachteten Fall als „Pseudo-Ichthyose", ein Ausdruck, der von Wilson fälschlich anstatt „Ichthyosis sebacea" gebraucht ist. Auch bei der Pseudo-Ichthyose kann man verschiedene Grade: simplex, nitida, serpentina, unterscheiden. Sie ist nie über den ganzen Körper verbreitet, sieht die Streckseiten und die den Knochen aufliegenden Hautstellen vor. Die erkrankten Teile sind stets mehr oder weniger pigmentiert und manchmal auf einen bestimmten Nervenbezirk beschränkt; fast regelmäſsig sind Sensibilitätsstörungen vorhanden. Verfasser geht dann näher auf die Beziehungen der Pseudo-Ichthyose zum Nervensystem und die Dermatoneurosen, sowie auf die Hervorrufung letzterer durch thermische Reize ein, eine ganz anregende Betrachtung. Die gemeinsamen und unterscheidenden Merkmale der Ichthyosis und der Pseudo-Ichthyosis stellt der Verfasser zum Schluſs in folgender Tabelle zusammen:

Ichthyosis	Pseudo-Ichthyosis
Chronische Epidermopathie, charakterisiert durch gesteigerte Anbildung von Epithelzellen mit gleichzeitiger Neigung zur Verhornung.	
Konstitutionelle, angeborene oder in den ersten Lebensjahren entstehende Hauterkrankung.	Erworbene Dystrophie der Haut. Entsteht bei prädisponierten Individuen in jedem Alter nach nervösen Läsionen bestimmter Qualität (zentraler und peripherer).
Meistens ziemlich verbreitet; wenn partiell, gewöhnlich plantar und volar, immer symmetrisch. Heredität in den meisten Fällen nachweisbar.	Mehr oder weniger lokalisiert, oft auf bestimmte Nervenbezirke beschränkt. Prädisposition durch Neurosen und bei Frauen in den verschiedenen Phasen des Geschlechtslebens, bei Kindern carcinomatöser Eltern (Tommasoli).
Unheilbar.	Heilbarkeit hängt von der Möglichkeit der nervösen Regeneration ab.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Einen sehr interessanten Fall exfoliativer Dermatitis bei einem jungen Ochsen berichtet Alfred Eddowes. (*Med. Press and Circular.* 1895. No. 3.) Einem vierzehn Monate alten Bullen wird der zweite Testis durch Ecraseur entfernt; der erste war schon früher weggenommen. Die Wunde wird mit Karbolöl verbunden, aus derselben später eine Menge Eiter entleert. Eine Woche danach stellte sich bei dem rot und weifs behaarten Tiere eine Exfoliation der Haut unter gleichzeitigem Haarausfall, beginnend an der Nasenspitze, ein, aber nur an den weifsen Stellen, während die rot gefärbten intakt blieben. Nur eine weifse Stelle an der Stirn blieb unverändert. Die erkrankten Stellen waren nach Abstofsung der Epithelschicht rot und blutig. Erst nach langer Zeit wuchsen wieder Haare, aber dünnere, an den kranken Stellen. Von Interesse ist bei diesem Falle die Ähnlichkeit mit den Savillschen Fällen

epidemischer exfoliativer Dermatitis und das Freibleiben der roten Stellen. Verfasser glaubt, dafs es sich um eine von der ungeheilten Wunde ausgehende septische Infektion handelt, die zuerst zur Exfoliation an der Nasenspitze, dann an allen von dieser beim Lecken berührten weifsen Flecken führte. Das Freibleiben des weifsen Fleckes an der Stirn würde sich dadurch erklären, dafs diese Stelle vom Tiere nicht beleckt werden kann. Wodurch die Immunität der roth behaarten Stellen bedingt ist, kann natürlich nicht bestimmt gesagt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Epidermisabstofsung am ganzen Körper, von TUPPERT. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 25.) Ein jetzt 38 Jahre alter, sonst gesunder Schmied überstand in seinem 18. Lebensjahre eine Pneumonie, von welcher er sich rasch erholte. Einige Wochen später überfiel ihn mehrtägiges Kältegefühl, dann Schüttelfrost, am dritten Tage Fieberhitze, wobei die Cutis über den ganzen Körper sich leicht rötete und unter gelinden brennenden Schmerzen etwas anschwoll. Zwei Tage später begann die Epidermisabstofsung gleichmäfsig und ohne Jucken über den ganzen Körper und war binnen zwei Tage vollendet, wonach sofort normale Cutis mit Epidermisüberzug zum Vorschein kam. Dieser Mauserungprozefs wiederholte sich in den folgenden sieben Jahren neunmal, und zwar in der letzten Hälfte des siebenten Jahres fünfmal binnen sechs Wochen. Manchmal wurden förmliche Modelle der Füfse und Hände vom Patienten erhalten. Am übrigen Körper wurde die Epidermis in gröfseren und kleineren Stücken abgestreift; auf dem behaarten Teile des Kopfes fand nur Schuppenbildung statt mit teilweisem Ausfall der Haare, welche jedoch bald nachwuchsen. Auch die Zunge scheint sich geschält zu haben.

Nach dem Gebrauch einer Bade- und Trinkkur in Karlsbad blieben die Anfälle sechs Jahre weg, kehrten aber dann zu verschiedenen Jahreszeiten wieder.

Neuhaus-München.

Über das Verhältnis von Schuppenflechte zu Gelenkerkrankungen, von EHRMANN-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 27.) Verfasser veröffentlicht drei Krankengeschichten, bei denen Psoriasis mit Gelenkerkrankungen kompliciert ist. Bei dem ersten Kranken ergab die Anamnese, dafs der Vater desselben an Apoplexie, eine Schwester an Psoriasis und ein Bruder an Dementia paralytica litt. Die Gelenkaffektion und die Psoriasis trat im Gefolge einer schweren nervösen Erkrankung, Verstimmung, wütender Kopfschmerzen mit Brechreiz auf, welch letztere den Kranken auch später neben Schlaflosigkeit heimsuchen. Nervöse Disposition zeigt noch prägnanter die Anamnese bei der zweiten Kranken, deren Mutter an Paralysis agitans leidet, deren Schwester an verschiedenen Nervenstörungen laboriert. Während diese beiden Patienten durch eigene Gelenkaffektionen ihre Zusammengehörigkeit zu den GERHARDTschen und BOURDILLONschen Beobachtungen erweisen, tritt beim dritten Falle eine schwere, in ihrer Eigenart ganz an die BOURDILLONschen Psoriasiskranken erinnernde Gelenkkrankheit bei der Mutter des Kranken auf; sie bleibt von Psoriasis, der an dieser leidende Sohn dagegen von der Gelenkaffektion frei.

L. Hoffmann-Berlin.

Die Psoriasis und ihre Behandlung. In der französischen Vereinigung für den Fortschritt der Wissenschaften weist BOUFFÉ-Paris auf die verschiedene Modalität in Form und Verlauf hin, welche diese Affektion begleiten kann, je nachdem diese sich 1. bei einem lymphatischen Individuum entwickelt, wo man es mit einer Art von hypoplastischem Zustande zu thun hat. Diese Form der Psoriasis ist von sehr langer Dauer, keineswegs aber unheilbar, wenn sie zwar oft der Therapie heftigen Widerstand entgegensetzt. 2. Ist die Psoriasis mit Syphilis kombiniert, so wird das Exanthem des letzteren durch die erstere vollständig verdeckt, und die Psoriasis mufs in erster

Linie in Angriff genommen werden. Eine dritte Form steht mit gastrointestinalen Störungen im Zusammenhange und ist das Resultat einer Autoinfektion.

Redner behandelte 19 Psoriasisfälle mit Injektionen organischer Flüssigkeiten (im Mittel 20 ccm pro dosi) und erzielte 72% Heilungen; Recidive sollen nicht vorkommen, und die Dauer der Behandlung nicht über drei Monate betragen. (*Sem. méd.* 1895. No. 41.) *C. Müller-Bern.*

Auf dem II. französischen Kongrefs für innere Medizin (Bordeaux, August 1895 berichtete THIBIERGE über die Resultate seiner **Behandlung der Psoriasis mit Schilddrüsensubstanz.** Elf Patienten erhielten während 14 Tagen bis 2 Monaten täglich 2—8 g (selten mehr) frischer Schilddrüse in natura. Die Allgemeinerscheinungen waren dieselben, wie beim Myxödem (Kopf- und Gliederschmerzen, Verdauungsstörungen, Tachykardie, Asthenie, Abmagerung etc.), während andererseits die Wirkung der Behandlung auf die Psoriasis keineswegs eine befriedigende war; drei Fälle zeigten überhaupt gar keine Veränderung, die übrigen acht nur eine leichte Besserung, so dafs stets zu lokalen Mitteln gegriffen werden mufste. (*Sem. méd.* 1895. No. 42.) *C. Müller-Bern.*

Beitrag zur Lehre von der Pityriasis rubra pilaris DEVERGIE, von RUDOLF SCHLÖMANN. (Inaug.-Dissert. Strafsburg. 1895.) Die selbständige Existenz der Pityriasis rubra pilaris ist ein Thema, das nur noch durch den grofsen, begreifbaren Einfluís KAPOSIS ein Streitobjekt bildet und eine sehr grofse Litteratur erzeugt hat, durch die sich der Autor mit bedeutendem Fleifse hindurchgearbeitet hat. Auf Grund dieses Studiums und auf Grund der in der WOLFFschen Klinik behandelten Fälle kommt Verfasser auch zu dem Urteil, dafs die Pityriasis rubra pilaris eine Krankheit sui generis ist, die vom Lichen ruber acuminatus abgegrenzt werden mufs, und acceptiert die für diese Ansicht ins Feld geführten Argumente von H. von HEBRA. Als wirksamste Behandlung empfiehlt er die Anwendung protrahierter warmer Bäder.

Jessner-Königsberg i. Pr.

TAILHEFER berichtet (*Mercredi méd.* Juli 1894) über einen Fall von **Trichophytie der Kopfhaut bei einem 16½jährigen Knaben.** Derselbe ist insofern erwähnenswert, als die Trichophytie dieser Region nur sehr selten nach dem 15. Jahre angetroffen wird. *C. Müller-Bern.*

Über den Polymorphismus beim Herpes tonsurans und speziell über eine noch nicht beschriebene klinische Form desselben. Vortrag von C. PELLIZZARI. (*Lo sperimentale.* 1895. No. 14.) P. berichtet über eine kleine Epidemie dieser Affektion in einer Familie von sechs Mitgliedern (Mutter, vier Töchterchen, eine Verwandte). Dieselbe zeichnete sich dadurch aus, dafs die Dermatose unter drei verschiedenen Formen auftrat, nämlich als Kerion Celsi, als pseudoekzematöse Plaques und drittens (bei drei Mädchen) unter einem Bilde, welches grofse Ähnlichkeit zeigte mit dem Lichen scrophulosorum: vorherrschend über den Rumpf verbreitete kleine miliare Knötchen, welche nur äufserst geringe Neigung zur Supination zeigten und meist von einem gelblichen, zuweilen von einem rötlich cyanotischen Hofe umgeben waren. Die histologische Diagnose des nach langem Suchen in den Epidermisschuppen vorgefundenen Pilzes bot einige Schwierigkeiten, indem dieser sowohl mit dem Achorion, als mit dem Trichophyton übereinstimmende Eigenschaften zeigte: teils dünne, teils dicke, geästelte Mycelien; Sporen, teils kugelig, gleichförmig, teils ovoid, weniger gleichförmig, voluminös; der Pilz durchdringt bald die ganze Dicke der Haare, bald scheint er sich blofs an die Cuticula zu halten. Im grofsen und ganzen herrschten aber doch die für das Trichophyton charakteristischen Formen vor. Kulturversuche fielen negativ aus. *C. Müller-Bern.*

Tinea capitis. von Ohmann-Dumesnil. (*St. Louis Cour. of Med.* 1895. No. 3.) Bei der Behandlung des Herpes tonsurans der behaarten Kopfhaut empfiehlt D., die Haare vollständig zu scheren, dann den ganzen Kopf gründlich mit Sapo viridis abzuseifen und mit einer antiseptischen Flüssigkeit, am besten Chlorophenol, zu waschen. Hierauf werden die Haare an den erkrankten Stellen und noch 1 cm im Umkreis derselben vollständig entfernt und die einzelnen Flecken mit 10%iger Losophansalbe zweimal täglich eingerieben. Die Prognose ist wegen der Hartnäckigkeit des Übels und der drohenden Alopecie stets vorsichtig zu stellen.

H. Einhorn-München.

Zur Anatomie des Favus, von Ludwig Wälsch. (*Prag. med. Wochenschr.* 1895. No. 17—18.) Verfasser studierte an Haaren und Haut eines Favuskranken erstens die Lokalisation der Pilze, zweitens die sich abspielenden pathologischen Veränderungen. An den epilierten Haaren saſsen die Pilze am dichtesten, sodann am Infundibulum, dem oberen Teile der inneren Wurzelscheide, von wo sie nach oben und unten wuchsen. Sie drangen zwischen die Cuticula und die Rinde, nur selten zwischen die Rindenschichten selbst. Im Gegensatz zu Kaposi fand Verfasser den Haarbulbus stets frei von Pilzen, ebenso wie beim Herpes tonsurans. An der Haut findet man die obersten Hornschichten über das Scutulum, die tiefsten unter demselben hinweggehen; die Entwickelung des Scutulums findet also in den mittleren Hornschichten statt (Mibelli). Die Gestalt des Scutulums ist die eines nach abwärts gerichteten Kegels, nicht, wie Unna meint, die einer Kugel. Je gröſser das Scutulum, desto mehr schwinden Stratum granulosum und Rete. Das Scutulum besteht nicht bloſs aus Pilzen (Unna), sondern enthält noch einen Detritus, wahrscheinlich aus Exsudat und Epithelien entstanden.

Der Pilz wächst nach der Peripherie hin, hier Hyphen aussendend, während Unna diese nach dem Zentrum zu wachsen läſst. Das Scutulum umgiebt unten und auch unter der Horndecke ein Leukocytenwall, an den eine Schicht gequollener Epithelien anschlieſst, worauf wieder Leukocyten folgen, so daſs eine Schichtung entsteht. Die tieferen Epithelschichten unter dem Scutulum sind abgeplattet als Folge des Drucks, der auch an den Papillen kenntlich ist. Verfasser schildert sodann die Zeichen der sich abspielenden Entzündung, die wahrscheinlich auch das Zugrundegehen der Talgdrüsen und Follikel bewirkt. Pilzelemente in der Cutis werden nie gefunden. Die Ausführungsgänge der Schweiſsdrüsen sind ampullenartig, selbst cystisch erweitert. Der Ausgang der Vorgänge ist narbige Atrophie mit Reduktion der Epidermisschichten, Verdichtung des Unterhautzellgewebes, Verminderung der Blutgefäſse. Die elastischen Fasern sind vermindert, nicht geschwunden (Unna). Für die Therapie ergiebt sich aus diesen Befunden die Wichtigkeit frühzeitiger Epilierung.

Zur Färbung wurde bei den Untersuchungen benutzt eine modificierte Weigertsche Fibrinfärbung: im Gentianaviolett-Anilinwasser (1 : 2) auf 10—15 Minuten, darauf in eine frisch bereitete Mischung von 5%iger Jodkaliumlösung und konzentriertem Wasserstoffsuperoxyd (1 : 1) auf 3—5 Minuten, dann in 1%iger Salzsäure-Anilinmischung bei Haaren auf 10—14 Stunden, bei mit Pikrokarmin gefärbten Schnitten auf 2—6 Stunden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Leukoplakia buccalis, von Ed. Schiff. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 8.) Schwimmer definiert das von ihm als Leukoplakie bezeichnete Leiden als „eine fast ausschlieſslich auf der Mundhöhlen- und Zungenschleimhaut, nur selten auf jener der weiblichen Genitalien vorkommende, exquisit chronische idiopathische Erkrankung". Er unterscheidet zwei Hauptformen, die aber nur verschiedene Stadien desselben Prozesses darstellen. Auffallend ist die Veränderung der Papillen, die wie mattrote Punkte in weiſser Umgebung oder wie kleine, weiſslich opake, warzige

Erhabenheiten auffallen. Den typischen weifslichen Verfärbungen gehen oft voran scharf umgrenzte, dunkelrote, meist epithellose, häufig noch dünnes Epithel tragende, durch geschwollene Papillen ausgezeichnete Flecke, das erythematöse Stadium der weifsen Plaques. An der Lippenschleimhaut können diese hornartig verdickt erscheinen. Die isolierten kleinen Flecke breiten sich später aus und konfluieren zu unregelmäfsigen gröfseren Flecken oder Streifen. Nach jahrelangem Bestehen entwickelt sich erst eine auffallende Verdickung des Epithels. Feinere Streifen durchziehen die Flecken als Ausdruck von Kontinuitätstrennungen; hier können Erosionen und Geschwüre entstehen. Häufig ist die carcinomatöse Degeneration, aber durchaus nicht regelmäfsig. Verwechselung ist möglich mit Schleimhautsyphilis, die aber lange nicht so entzündlich und niemals so schmerzhaft ist, in späteren Stadien mit Knotenbildung einhergeht, stets Lymphdrüsenschwellung bedingt. Ähnliche Flecke können auch als Folgen einer Queckailberbehandlung zurückbleiben.

Die Therapie erzielt gute Erfolge durch Anwendung der Resorcinpasten nach Leistikow. Diese wird mehrere Male täglich mit feinem Wattebausch aufgetragen. Eintretende Hyperämie wird durch Balsamum peruvianum beseitigt. Gewöhnlich sind mehrere Abschälungscyklen nötig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

b. *der Cutis.*

Über die Natur des weichen Schankers, von Ernst Finger. (*Wien. med. Presse.* 1894. No. 14.) Nachdem der Verfasser die Arbeiten über die Natur des weichen Schankers vor und nach der bakteriologischen Ära kurz referiert, den Zusammenhang der Ducrey-Unnaschen Bacillen mit dem Ulcus molle als wahrscheinlich anerkannt, stellt er sich doch auf den Standpunkt, dafs der weiche Schanker nicht durch ein Virus, sondern durch verschiedene hervorgerufen werden kann. Gründe: 1. Typischer Impfschanker läfst sich durch Impfung von Reinkulturen verschiedener Mikroorganismen erzeugen, so Micrococcus ulceris (Luca), Staphylococcus aureus (Gibert), Staphylococcus und Diplococcus (Welander); 2. Schanker kann autochthon entstehen auf dem Boden traumatischer Erosionen, vernachlässigter Balanitis, aus vernachlässigtem Herpes genitalis; 3. die Lehre vom gemischten Schanker, zu denen Verfasser auch zerfallene Sklerosen zählt, durch deren Eiter Impfschanker erzeugt werden kann, spricht ferner gegen die Ansicht, dafs nur ein Virus Ulcus molle erzeugen kann.

Die Entstehung weicher Schanker auf dem Boden insonter Erosionen oder syphilitischer Efflorescenzen liefse sich allerdings erklären durch die Annahme, dafs das einzige Virus desselben überall verbreitet sei, auch saprophytisch an den Genitalien vorkomme. Das ist aber eine leere Hypothese. Besser stimmt dazu die Annahme verschiedener Erreger. Verfasser stellt folgende Sätze auf:

1. Das Ulcus molle ist eine virulente, circumskripte, lokal bleibende, oberflächliche akute Dermatitis mit entsprechend ihrer venerischen Natur vorwiegender Lokalisation am Genitale.

2. Gleich den anatomisch analogen Prozessen wird das Ulcus molle durch mehrere pyogene Mikroorganismen, Bacillen und Kokken, erzeugt.

3. Bei der enormen Verbreitung dieser pyogenen Mikroorganismen vermögen auch insonte oder durch andere Krankheitsprozesse bedingte oberflächliche Läsionen des Integuments, besonders am Genitale, den Ausgangspunkt für die Entstehung von weichen Schankern, resp. für die Produktion inokulablen Eiters zu liefern.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Der Bacillus von Ducrey und die Serienimpfungen des einfachen Schankers, von Petrini. (Verhandlungen des IV. Deutschen Dermatologenkongresses.) Verfasser

erkennt den Ducrey-Unnaschen Bacillus als den Erreger des Ulcus molle an, er stellt ihn am besten dar durch die Doppelfärbung nach Nicolle. Man färbt mit Gentianaviolett, dann mit Lugolscher Lösung, darauf mit Alcohol absolutus entfärbend. Dann bleibt der Ducreysche Bacillus ungefärbt, während die beigemengten anderen Mikroorganismen das Gentianaviolett festhalten. Färbt man dann mit Ziehlschem Karbolfuchsin nach, dann wird der Ducreysche Bacillus rot und hebt sich so deutlich ab. Bei Serienimpfungen sah Verfasser sehr schnell den Ducreyschen Bacillus an Zahl abnehmen und in wenigen Generationen schliefslich ganz verschwinden. Da aber dennoch immer die charakteristische Pustel sich bildet, so nimmt er an, dafs die Toxine des Bacillus genügen, um diese zu erzeugen. Dafs derselbe an sich zu der Ulceration führt, glaubt Verfasser nicht; nach ihm eröffnet der pathogene Bacillus nur die Pforte, die gefährlichen sind aber die sekundär angesiedelten Bacillen, „les bacilles hôtes"; denn sie rufen erst die Ulceration hervor. Die Inokulationspusteln zerfallen nicht und heilen schnell. (Die Hypothesen sind doch wohl mit Vorbehalt hinzunehmen. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Mikrobion des Ulcus molle, von P. Colombini. (Siena 1893 S. Bernardino.) Verfasser bestätigt gegenüber Welander, Jullien und Strauss die Untersuchungsergebnisse Ducreys aus dem Jahre 1889 und hält den von diesem Autor im Eiter der Inokulationspusteln gefundenen Bacillus für identisch mit dem Streptobacillus Unnas, welch letzterer auch von Quinquaud und Nicolle nachgewiesen wurde. Ein geringer Unterschied liege nur darin, dafs die Ecken der Unnaschen Bacillen nicht so stark abgerundet seien, als die der Ducreyschen, und auch nicht die mediane Einschnürung der letzteren zeigen, wenn auch in gelungenen Präparaten die Mitte der Bacillen weniger stark gefärbt erscheine. Dieser Unterschied könne aus der Verschiedenheit der beiden Medien, Eiter und Gewebsschnitte, erklärt werden. Beide Bacillen finden sich nur bei Ulcus molle, beide färben sich nicht nach Kühne und Gram, sind nicht kultivierbar auf den bekannten Nährmedien und zeigen eine Tendenz, sich in Kettenform anzuordnen, die schon im Eiter vorhanden sei und in Schnitten deutlich hervortrete.

Aufser im Sekret der Ulcera mollia wurde der „Streptobacillus Ducrey" in durch Inokulation auf menschliche Haut erzeugten Pusteln und Geschwüren stets gefunden, und zwar stand die Zahl der gefundenen Bacillen in direkter Beziehung zum gröfseren oder geringeren Erfolg der Inokulationen, die in einem Falle bis zur 20. Generation fortgesetzt werden konnten. Mittelst der Methoden von Unna und Quinquaud und Nicolle gelang der Nachweis des Bacillus auf Gewebsschnitten durch das Ulcus und durch die artificiell erzeugten Pusteln; der Bacillus wurde ferner in einem Falle im Eiter eines ulcerösen Bubo, in Schnitten durch die Ränder desselben und in den durch Inokulation des Buboneneiters erzeugten Pusteln gefunden.

Demnach mufs der Bacillus Ducrey als pathogenes Mikrobion für das Ulcus molle betrachtet werden.

Weitere Versuche über die Virulenz und die Inokulationsfähigkeit des Buboneneiters (*Commun. scientif. della R. Accad. dei Fisio critici di Siena*, Sitzung vom 18. April 1894) führten C. zu der Ansicht, dafs der Eiter nur dann den Streptobacillus enthält und damit infektiös ist, wenn der artificiell oder spontan eröffnete Bubo nicht unter aseptischen Kautelen behandelt wurde. In solchen Fällen konnte dann auch manchmal der Staphylococcus aureus gezüchtet werden. Der Eiter des frisch geöffneten und richtig verbundenen Bubos enthielt mit Ausnahme eines einzigen Falles keine Streptobacillen, ebensowenig wie er sonstige Mikroorganismen enthält. C. pflichtet demnach der auch von Ducrey vertretenen Ansicht bei, dafs die Bubonen

nur als Folge der Gewebsreaktion auf die Toxine des Streptobacillus aufzufassen sind; nur in sehr seltenen Fällen finde sich der Bacillus selbst. *H. Einhorn-München.*

Weicher Schanker der Regio supraclavicularis, von Rouanet. (*Arch. méd. de Toulouse.* 1895. No. 1 u. 2.) Der Patient litt an weichen Schankern des Präputiums, die zu einer entzündlichen Phimose geführt hatten. Diese wurden von ihm sehr vernachlässigt und führten — wahrscheinlich bildeten die beschmutzten Nägel die Infektionsträger — zu einem markstückgrofsen Geschwür über der rechten Clavicula; Impfversuch positiv; auch fand man den Bacillus des weichen Schankers (Audry). Zerstörung mit dem Thermokauter. *F. Hahn-Bremen.*

Über Bubonenbehandlung, von F. Block in Hannover. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 20.) In allen Fällen, in denen die Möglichkeit des Zurückgehens eines entzündlichen Bubos ausgeschlossen, rät Verfasser, nach Anwendung des Ätherssprays und nach gründlicher Desinfektion die kranke Drüse mit zwei Fingern der linken Hand zu fixieren und dann das senkrecht gehaltene, 1 cm breite Skalpell einzustechen. Durch leichtes massierendes Streichen wird möglichst viel vom Eiter entleert. Darauf wird eine 1%ige Argentum-nitricum-Lösung (ca. 2 g) injiciert und die Wunde mit Jodoformgaze und Watte verbunden. Der Patient soll sich in den nächsten Tagen ruhig verhalten. Nach zwei Tagen wird der Verband erneuert, indem man vorher wieder 2 g einer 2—3%igen Argentum-Lösung injiciert; doch schon nach weiteren zwei Tagen soll die Wunde geschlossen sein. Als Nachbehandlung lege man noch für einige Tage Karbolquecksilberpflastermull auf. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die Behandlung der ulcerierten Bubonen mittelst Ausschabung und sofortiger Naht, von Mermet. (*Arch. gén. de méd.* 1894. No. 5 nach *Morgagni*, Parte II. 12 Jan. 1895.) Nach den gewöhnlichen Vorbereitungen werden, meist unter lokaler Äthylchloridanästhesie, die Hautstücke zwischen den Fistelgängen auf der Hohlsonde durchschnitten, die ulcerierten Wundränder angefrischt und die ganze Wundfläche mit dem scharfen Löffel ausgeschabt. Die Wunde soll womöglich eine elliptische oder ovale Form erhalten, ihr Durchmesser soll senkrecht oder parallel zur Achse des betreffenden Gliedes stehen. Nach Auswaschen der Wunde mit 5%iger Karbol- oder 10%iger Chlorzinklösung werden die Wundränder sofort mit Fil de Florence-Nähten in Zwischenräumen von 8—10 mm geschlossen, und zwar sollen die Nähte den Boden der Wunde mitfassen. Am fünften oder sechsten Tage Entfernung der Nähte, Kompressivverband. Die Narbe ist eine lineäre und regelmäfsige; die mittlere Heilungsdauer beträgt 80 Tage; die Erfolge im allgemeinen sind ausgezeichnete.
H. Einhorn-München.

Bei der **Behandlung der Acne rosacea** schreibt H. Fournier der Diät und der Hygiene eine Hauptrolle zu; selbstverständlich mufs aber individualisiert und der Allgemeinzustand berücksichtigt werden. Bei der allgemeinen Medikation sind allfällige Grundleiden in Betracht zu ziehen, vor allem Störungen des Genital- und Digestionsapparates, der Arthritismus. Von lokalen Mitteln sind drei Kategorien zu unterscheiden: 1. milde: heifse Waschungen und Kompressen, Gummieinwickelungen, Überzüge mit Heftpflaster- oder Jodoformtaffetstreiten; 2. reizende: Schwefel, Vigopflaster und Kaliseife; 3. chirurgische: Skarifikationen, Kauterisationen und Elektrolyse. (*Ann. de méd.* 1895. No. 22—23.) *C. Müller-Bern.*

G. H. Fox hielt auf der Versammlung der American dermatological Association (*Transactions* des Kongresses 1894) einen Vortrag über **seltene Formen von Alopecie**, illustriert durch Glasphotographien. Die Krankheit beginnt mit leicht erhabenen roten Flecken; allmählich zeigt sich eine wohlausgesprochene Folliculitis; die Follikel

erscheinen verstopft, die Haare fallen aus: Folliculitis decalvans. Die Flecken fliefsen oft zusammen; manchmal zeigt sich aber auch ein gröfserer Fleck, umgeben von mehreren kleinen; die Krankheit hat ihren Sitz meist oben auf dem Kopf. Was die Krankheit von Alopecia areata unterscheidet, ist die Rötung der Flecke im Beginn und die narbige Atrophie nach Ablauf des Prozesses; mitunter bleibt auch Pigmentierung zurück. Was die Behandlung anbelangt, so bewährte sich noch am besten 10%ige Salicylsalbe. In der Diskussion wird die Vermutung ausgesprochen, dafs es sich bei manchen derartigen Prozessen um Lupus erythematodes, Favus oder Syphilis handeln könne.

F. Hahn-Bremen.

Über periodisches katameniales Erysipel, von Massalongo. (*Rif. med.* 1894. No. 229.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Unter den recidivierenden Formen des Erysipels giebt es eine, welche sich bei jeder Menstruation wiederholt, ohne dafs die geringste Spur einer Kontinuitätstrennung in der Haut der befallenen Region sich nachweisen läfst.

2. Diese Recidive lassen sich in folgender Weise erklären: a) Präexistenz in der Tiefe der Gewebe (im Derma und seinen Lymphgefäfsen) des Erysipel-Streptococcus; b) Veränderungen im allgemeinen Nervensystem und in den lokalen Cirkulationsverhältnissen (vasomotorische Lähmung), die sich bei jeder Menstruation wiederholen und die Vitalität, Virulenz und Proliferation der genannten Mikroorganismen begünstigen.

C. Müller-Bern.

Die **Ichthyolbehandlung des Erysipels** wird von P. Colombini aufs wärmste empfohlen. (*Comment. clin. delle malattie cut. e gen.-ur.* 1893. No. 11—12.) Bei Anwendung 40%iger wässeriger Lösungen oder 70—50%iger Salben betrug die Krankheitsdauer nie über sechs Tage; kein Todesfall. Noch überraschender wirkten infolge des Abschlusses der atmosphärischen Luft Lösungen des Ichthyols in Unnaschem Leim, Traumaticin (4 : 10), Collodium (Ichthyol 4,0, Äther 5,0, Coll. elast. 10,0), Epidermin (10—20 : 100).

H. Einhorn-München.

Ein Fall von Elephantiasis nostras, von M. G. Etienne (Société de Médecine de Nancy). Die Elephantiasis hat die linke Unterextremität der 30jährigen Patientin befallen; der betreffende Oberschenkel hat in der Mitte einen Umfang von 65 cm — gegen 56 cm rechts; der linke Unterschenkel mifst 47 cm — gegen 29 cm rechts; der linke Fufs 34 cm — gegen 27,5 cm rechts. Patientin hat mit 20 Jahren einen komplicierten Bruch des linken Unterschenkels erlitten, der unter Eiterung, Lymphangitis und Erysipel in ungefähr fünf Monaten heilte. Zehn Jahre später fing das Bein plötzlich unter Schmerzen und Fieber zu schwellen an; gleichzeitig stellten sich gastrische Störungen ein. Daran schlossen sich wiederholte Anfälle von Lymphangitis mit kleinen Abscefsbildungen, und jetzt ist das Bild der Elephantiasis fertig. Der Streptococcus liefs sich nur in dem Eiter, nicht aber in den sonstigen Geweben nachweisen.

Türkheim-Hamburg.

Mykosis fungoides und die hämorrhagische Form derselben. Klinische Vorlesung, von Ch. E. Quinquaud. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 22.) In dieser Vorlesung giebt der Autor einen kurzen Abrifs von der Mykosis fungoides. Er unterscheidet die drei Bazinschen Stadien. Im ersten Stadium können hämorrhagische Flecke auftreten; ein derartiger Fall wird geschildert. Zwei Typen werden beobachtet: beim ersten haben die Läsionen die Tendenz, sich über den ganzen Körper auszudehnen, haben einen transitorischen Charakter und lassen die drei Stadien deutlich erkennen; beim zweiten Typus sind sie umschrieben und um so beständiger, je weniger zahlreich sie sind. Das ekzematoide und lichenoide Stadium findet man hier

nicht; an Malignität steht diese Form der anderen nicht nach. Das Leiden ist weder eine Lymphadenie, noch ein sarkomatöses. Beim Sarkom sind die Gefäfse verändert; kommen wenig oder keine Karyokinesen vor, tritt nie vollkommene Rückbildung, nie Alopecie ein; bei Mykosis sind die Gefäfse normal; sind die karyokinetischen Figuren sehr zahlreich, tritt Alopecie auf, kann totale Rückbildung der einzelnen Tumoren erfolgen. Es kann sich also bei der Mykosis nur um ein Granuloma fungoides oder ein Neoplasma inflammatorium fungoides handeln. (Dürfte beides wohl ziemlich identisch sein. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Behandlung der Onychomykosis mit Pyrogallolsalbe, von W. Dubreuilh. (Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux). Die Trichophytiasis der Fingernägel ist freilich im allgemeinen keine lästige Erkrankung; dennoch kommen Fälle vor, in denen sie sich als sehr schmerzhaft und störend erweist. Die bisherigen Behandlungsweisen haben sich, wie D. ausführt, alle als unzulänglich erwiesen. Er hat deshalb mit dem von Celso Pellizzari angegebenen Verfahren Versuche angestellt und in fünf Fällen völlige Heilung erzielt.

Die ganze Umgebung des kranken Nagels wird zweimal täglich mit Pyrogallolsalbe (Pyrogallol, Ol. oliv. ā) bestrichen, alsdann verbunden. Nun mufs man den richtigen Zeitpunkt abpassen, wenn die ganze Einfassung des Nagels akut entzündet, die Epidermis geschwärzt und durch Eiter abgehoben und der Nagel beweglich ist. Jetzt läfst man die Salbe fort, reinigt sorgfältig, entfernt den Eiter durch Einschnitt und verbindet zweimal täglich antiseptisch. Nach einigen Tagen stöfst sich der geschwärzte Nagel von selber ab und an seine Stelle tritt ein neuer, völlig gesunder. *Türkheim-Hamburg.*

Prof. Breda-Padua hatte Gelegenheit, an mehreren von seinen aus Brasilien zurückgekehrten Landsleuten eine besondere Varietät der **Framboesia** zu studieren, welche dort zahlreiche Opfer fordert und „bouba" genannt wird. Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Viele Endemopathien, welche zwischen den Ufern des Ganges und Marokko angetroffen werden, werden unter der Bezeichnung „Orient (Aleppo) beule" zusammengefafst; andere, die in Afrika und Amerika beobachtet werden, sind unter der Kollektivbenennung „Framboesia endemica oder vera" bekannt.

2. Unter dieser letzteren Varietät zeigen sich die „Boubas" Brasiliens nicht nur auf der Haut, sondern auch auf den Lippen, dem Zahnfleisch, dem Zungenrücken, der Nasenschleimhaut, dem harten Gaumen, Pharynx, Larynx, der Trachea.

3. Die „Boubas" bilden eine selbständige Affektion und dürfen nicht als mit Syphilis, Tuberkulose oder irgendwelchen infektiösen Granulomen zusammengehörig aufgefafst werden.

4. Wahrscheinlich liegt ihnen ein spezifischer Bacillus zu Grunde, den Verfasser entdeckt und in zahlreichen Schnittpräparaten, in Epithel, dem Rete und der Cutis, sowie in den darunterliegenden Schichten gefunden hat. Verfasser nennt ihn Bacillus framboesiae brasiliensis oder Bacillus der Boubas. (*Riv. veneta di Scienze med.*)

C. Müller-Bern.

Über Pemphigus vegetans nebst diagnostischen Bemerkungen über die anderen mit Syphilis verwechselten, blasenbildenden Krankheiten der Schleimhäute und der äufseren Haut, von Heinrich Köbner. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 53. No. 1 u. 2.) Die vorliegende Arbeit enthält in extenso den vom Verfasser auf der Nürnberger Naturforscherversammlung (1893) gehaltenen Vortrag. Dieselbe ist so inhaltreich, enthält so vieles, was bei der Kürze der Zeit in dem Vortrage hatte fortfallen müssen, dafs die Lektüre derselben zum Studium nur auf das wärmste

empfohlen werden kann. Wissen, Erfahrung und Gründlichkeit charakterisiert dieselbe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Untersuchungen über die Ätiologie der „epizootischen Aphthen" (Maul- und Klauenseuche), von Gian Pietro Piana und Angelo Fiorentini. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1895. No. 13 u. 14.) Verfasser kommen zu folgenden Schlüssen:

1. Bei den epizootischen Aphthen existieren keine pathogenen, zur Ordnung der Schizomyceten gehörigen Mikroorganismen.

2. In dem Exsudate der Aphthenbläschen der Haut und der Zungenschleimhaut, sowie in den isolierten Epithelzellen, in dem Papillengewebe, in dem mit den Bläschen zusammenhängenden Corium, wie auch in dem cirkulierenden Blute findet man zu gewissen Zeiten der Aphtheninficierung kleine Körperchen, welche von den normalen des tierischen Organismus, sowie von den pathologischen, in den entzündlichen Herden auffindbaren Elementen zu unterscheiden sind.

3. Solche Körperchen, wenn man sie frisch untersucht, zeigen sich unter der Form:

a) von ziemlich lichtbrechenden Hyalinkügelchen, die einen Durchmesser von $^1/_2$—4 μ haben;

b) von Hyalinkügelchen mit einem Durchmesser von 2—4 μ und einem oder mehreren lichtbrechenden Körnchen in ihrem Innern;

c) von Kügelchen, welche einen Durchmesser von 3—4 μ und einen relativ grofsen, hellen Kern haben, der weniger lichtbrechend als das Protoplasma ist, und mit einer mehr oder minder grofsen Zahl von lichtbrechenden, in dem Protoplasma selbst zerstreuten Körnchen;

d) von Hyalinkügelchen mit einem Durchmesser von 4—5 μ, die mit mehreren grofsen Hyalinkörnchen versehen sind.

4. Diese Körperchen zeigten öfters Pseudopodien und einige von ihnen, wenn sie bei einer etwas hohen Temperatur untersucht werden, führen verschiedenartige amöboide Bewegungen aus.

5. Wenn man allé diese beobachteten Thatsachen in Erwägung zieht, so kann man diese Körperchen als die pathologischen Agentien der epizootischen Aphthen betrachten.

6. Das Leben dieser Elemente kann aufserhalb des Organismus verlängert werden, wenn man dem von den Bläschen, welche diese Elemente enthalten, herausgenommenen Exsudate etwas reines Glycerin zusetzt und hierauf die so erhaltene Mischung vor Luftzutritt bewahrt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Durch den Gebrauch von Jodkalium erworbene Immunität von Rindern gegen die Maul- und Klauenseuche, von F. J. Pick. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1895. No. 11.) Um jodierte Milch für luetische Kinder zu erhalten, liefs Verfasser zwei Kühe mit Jodkalium füttern. Es stellten sich bei ihnen anfangs sehr lebhafte Erscheinungen des Jodismus ein, der Durst wird gesteigert, die Milchsekretion nimmt zu. Im Harn der Kinder, welche mit dieser Milch genährt wurden, fand sich viel Jod. Von grofsem Interesse ist nun aber die Beobachtung, dafs diese beiden Kühe gesund blieben, als in ihrem Stalle, in dem noch 68 Kühe untergebracht waren, alle anderen an Maul- und Klauenseuche erkrankten. Selbst die versuchte Infektion durch Tücher, mit denen den kranken Tieren die Mundhöhle ausgewischt war, gelang nicht.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von multiplen pseudomelanotischen Gasabscessen der Haut nach Erysipel. Klinischer Teil von Albert Zellbr; anatomischer Teil von Julius Arnold. (*Virchows Arch.* 1895. Bd. 139.) Ein 22jähriges Mädchen zeigt im Anschlufs an ein

recidivierendes Gesichtserysipel linsengroſse, dunkel durchschimmernde Knötchen an beiden Wangen. Unter stetigem Fieber entstehen dann an der Bauchwand und später am ganzen Körper im ganzen im Laufe von 1½ Jahren ca. 650 Abscesse, bei deren Spaltung man das infiltrierte Unterhautfettgewebe schwarz gefärbt, aufserdem Gasbildung und sehr übelriechenden Eiter findet. Das Fieber wird unterbrochen in seinem regelmäfsigen Gange durch Schüttelfröste, deren in der ganzen Zeit 26 zur Beobachtung kamen, ohne dafs dieselben mit dem Auftreten zahlreicherer neuer Abscesse im Zusammenhange gestanden hätten. Die Abscesse safsen in der Regel im Corium, überschritten nie das subkutane Gewebe. Behaarter Kopf, Rücken, Nates, Hände und Füfse blieben stets frei. Am auffallendsten war die schwarze Farbe des infiltrierten Gewebes. Die Kranke genas. Aus den Angaben über den anatomischen Befund sei hervorgehoben, dafs die schwarze oder rauchgraue Tinktion die bindegewebigen und elastischen Fasern, die Membranen der Fettzellen, die Gefäfswände, stellenweise die roten Blutkörperchen betraf. Die Zellen zeigten häufig eine diffuse, gelbliche, gelbgrüne oder rauchgraue Färbung des Protoplasmas und enthielten ebenso gefärbte Körperchen; schwarze Körner waren in die Detritusmasse eingebettet. Die Färbung beruht wahrscheinlich auf einer vitalen Pseudomelanose, d. h. einer Färbung der Gewebe durch Schwefeleisen, welches durch Einwirkung von Schwefelwasserstoff auf das Eisen des Hämosiderins und Ferroalbuminats entstanden ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dermatitis papillomaformis? von González Tánago. (*Revista clinica.* 1895. No. 14.) Ein Maultiertreiber hatte von einem seiner Tiere einen heftigen Fufstritt auf die Nase erhalten, worauf sich 14 Tage später folgende Veränderungen an der Oberlippe einstellten: mehrere voneinander getrennte Efflorescenzen vom Durchmesser eines Centimo und gröfsere, die von dicken, gelblichen, trockenen Krusten bedeckt waren. Nach der Entfernung dieser Krusten, welche mit der Haut durch fadenförmige Fortsätze verbunden zu sein schienen, bemerkte man mit rosaroten, selbständigen, 2—3 mm breiten, nicht den Follikeln entsprechenden Granulationen besetzte Flächen, die nur oberflächliche Läsionen repräsentierten, indem die Haut keine Infiltration zeigte. Keine Drüsenschwellungen. Mikroskopisch stimmte die Affektion am meisten überein mit der Dermatitis papillaris Kaposi; dagegen fehlte die Sekretion übelriechender Flüssigkeit, die keloidartigen Plaques, die mächtigen, 2—3 cm langen Granulationen.

C. Müller-Bern.

Über Saccharomykosis hominis, von Otto Busse. (*Virch. Arch.* 1895. Bd. 140.) Wir lernen in dieser Arbeit unter dem Namen Saccharomykose eine in Gestalt einer chronischen Pyämie verlaufende, durch eine pathogene Hefeart hervorgerufene Infektionskrankheit kennen, bei der sich eiterige Zerstörungen der Haut, der Cornea, der Knochen, Lungen, Nieren und der Milz finden.

Die Hefepilze liegen entweder in Zellen als sog. „Zelleinschlüsse" oder aufserhalb derselben in den Spalten des Gewebes, teils von einem homogenen Saum, wie von einer Kapsel, umgeben.

Die meisten der Parasiten lassen innerhalb der Kapsel ein doppelt konturiertes Zentrum mit einem oder mehreren glänzenden Körpern erkennen. Die Gestalt der Gebilde ist meist kreisrund, die Gröfse schwankt zwischen der eines grofsen Kernkörperchens und der einer Leberzelle.

Die Hefen lassen sich in Bouillon, auf Gelatine, Agar, Blutserum, Glycerinagar, Kartoffeln und saurem Pflaumendekokt züchten. Die Kulturen auf den meisten Nährböden haben eine weifse Farbe und wachsen bei Temperaturen von 10—38° C.

In jungen Kulturen zeigen die einzelnen Organismen eine einfache Kontur; erst nach mehreren Tagen lassen sie eine deutliche Membran erkennen.

Die Hefen erregen in Pflaumendekokt und Traubenzuckerbouillon eine bedeutende Gärung, deren Produkt Alkohol und Kohlensäure ist.

Die Hefen lassen sich auf Tierkörper übertragen und hier zur Vermehrung bringen; sie bewirken eine lokale, eventuell zur Eiterung führende, aber allmählich verheilende Entzündung.

Bei weifsen Mäusen führen sie den Tod herbei und sind dann in grofser Menge im Blute zu finden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Wunddiphtherie mit Diphtheriebacillen bei gleichzeitigem Vorhandensein von Diphtheriebacillen im gesunden Rachen, von Hugo Schottmüller. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 17.) Ein einjähriges Kind, dessen Bruder vor 14 Tagen an Diphtherie gestorben, zeigt in der Inguinalgegend eine diphtherisch aussehende Wunde mit starker Alteration des Allgemeinbefindens. Auf der Wunde, wie in dem intakten Rachen fand der Verfasser Diphtheriebacillen, deren Kulturen sehr stark virulent waren. Es hatte also das Kind sich vom Bruder infiziert; in der Rachenhöhle war es, wahrscheinlich wegen mangelnder Läsionen, zu keinen Veränderungen gekommen, aber eine in der Inguinalgegend vorhandene, minimale Läsion wurde infiziert und nahm diphtherischen Charakter an.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Noma, von Karl Birnbach. (Inaug.-Dissert. 1895. Bonn.) Die vorliegende Dissertation giebt eine ausführliche Darstellung alles über die Noma Bekannten, bespricht das klinische Bild, die Ätiologie einschliefslich der bakteriologischen Untersuchungen, die Therapie, um schliefslich die Krankengeschichte eines Falles zu berichten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Giebt es eine idiopathische Nebenhoden- und Hodenentzündung? von A. Eisenberg. (*Wien. med. Presse.* 1893. No. 31.) Verfasser hatte Gelegenheit, drei Fälle von Nebenhodenentzündung zu beobachten, für die keinerlei Ursache, auch nicht eine entfernte, aufzufinden war. Die Patienten bemerkten die Anschwellung plötzlich, meist ein paar Tage nach einem ohne Excesse mit ihren Frauen ausgeübten Coitus; einmal trug ein Trauma zur Steigerung bei. Die Entzündung ging nach ca. zehn Tagen zurück. Im Anschlufs daran beschreibt er eine sehr heftige Epididymitis im Prodromalstadium der Masern und eine Epididymitis nach Influenza.

F. Hahn-Bremen.

Über die akute tuberkulöse Hoden-Nebenhodenentzündung, von Mustapha Chevki. (Dissertation. Lyon 1895.) Sie wird in allen Altersperioden angetroffen, am häufigsten jedoch zwischen dem 20. und 30. Jahre. Traumen und andere lokal reizende Ursachen scheinen eine nur untergeordnete Rolle zu spielen. Sie zeigt sich im Verlaufe einer chronischen oder akuten, selten einer Miliartuberkulose, verläuft sehr stürmisch unter dem Bilde einer gewöhnlichen Orchitis. Die Infektion kommt auf dem Lymph- oder Blutwege zu stande, niemals von Anosen durch die Urethra (z. B. infolge von Kohabitation mit einer Tuberkulösen); Hoden und Nebenhoden werden meist gleichzeitig ergriffen. Pathologisch-anatomisch kennzeichnet sich die Affektion als verkäsende Tuberkel, die zuweilen zu Kavernenbildung führen, selten als graue Granulationen. Der Canalis deferens, die Prostata und die Vesicae seminales werden nur sekundär in Mitleidenschaft gezogen, ohne dafs es zur Eiterung kommt. Blase und Niere bleiben intakt. Im Hoden und Nebenhoden kommt es meist zur Eiterung; spontane Resolution wird nur bei Kindern beobachtet.

Die Affektion verbreitet sich auf die Nachbarschaft durch Vermittelung des

Canalis deferens, oder führt zur allgemeinen Infektion auf dem Lymph- oder Blutwege. Die Geschlechtsdrüsen der gegenüberliegenden Seite werden früher oder später ebenfalls in den Prozefs hineingezogen. Die Therapie erfordert frühzeitige Kastration, wobei allgemeine (primäre oder sekundäre) Tuberkulose keine Kontraindikation bildet. (Nach *Lyon méd.* 1895. No. 20.) *C. Müller-Bern.*

Die Behandlung der Orchitis, von A. Fournier. (*Bull. méd.* 1894. S. 37.) Für die gewöhnliche Orchitis empfiehlt F. Bettruhe, erweichende Umschläge oder Pflaster, Ganzbäder. Bei bestehenden Schmerzen 12—15 Blutegel in der Gegend des Samenstranges oder des Leistenkanals, aber niemals am eigentlichen Hodensack, weil hier leicht Gangrän die Folge sein könnte; innerlich sind bei Schmerzen auch Antipyrin, Salicyl u. s. w. von wohlthuender Wirkung. Von Wickelungen ist Fournier kein grofser Freund; bei den nachbleibenden Verhärtungen verwendet er kalte Breiumschläge während der Nacht, Suspensorium und Salz- oder Schwefelbäder, meint aber, dafs sie am besten durch die Zeit beseitigt werden. *Türkheim-Hamburg.*

d'Haenens berichtet (*La Policlinique.* 1894. No. 21) über einen Fall von **Orchitis nach Kraftanstrengung.** Verfasser glaubte, den Angaben des 49jährigen Patienten trauen und eine blennorrhoische Ätiologie ausschliefsen zu dürfen.

C. Müller-Bern.

Ein Schurz-Suspensorium, von Klaus-Altona. (*Ztschr. f. Krankenpfl.* Nov. 1894.) Das patentierte Suspensorium bezweckt:

1. Eine natürliche, bequeme und geschützte Lagerung des männlichen Gliedes in einer der Leistendrüsenfalten, entgegen der widernatürlichen Hervordrängung desselben in die Mittellinie des Körpers durch andere Tragbeutel;

2. eine Verhinderung der Verunreinigung der Leib- und Bettwäsche bei Tripper und anderen luetischen (soll wohl heifsen „venerischen". Ref.) Erkrankungen des Gliedes mit mehr oder weniger reichlichen Absonderungen.

Die Vorrichtung besteht aus a) einem Leibgurt, b) den Schenkelsonden, c) dem Schurz. Die Vorzüge derselben sollen sein:

1. naturgemäfse, seitliche, geschützte Lagerung des männlichen Gliedes;
2. absolute Verhütung der Verunreinigung der Leib- und Bettwäsche;
3. einfache Herstellung;
4. einfache und sichere Befestigung durch Schleifenknotung:
5. keine mangelhafte Befestigung durch ungenügend und am unrichtigen Orte befestigte Knöpfe und Knopflöcher;
6. leichte Reinigung, resp. leichter Ersatz der einzelnen, voneinander getrennten Teile;
7. leichter Zugang zu dem ganzen Gebiete der Geschlechtsteile durch einfaches Herabziehen des Schurzes, resp. Lösung der vorderen Schleifenknoten — ein Umstand, der bei den gewöhnlichen Suspensorien mit kleinem Penisloch für das männliche Glied leider schwer vermifst wird;
8. keine Klagen wegen zu grofsen oder zu kleinen Tragbeutelsackes;
9. ein Mafs für alle nicht gar zu ungewöhnlichen Körpergröfsen;
10. selbst bei schiefen Beckenformen leichte Anpassung;
11. keine Verletzung der Finger durch die Zinken widerspenstiger Schnallen;
12. kein Wundscheuern des männlichen Gliedes wie am Saume des Penisloches der gewöhnlichen Suspensorien;
13. keine Durchfeuchtung bei Anwendung eines Schurzes aus Gummistoff da, wo nasse Umschläge erforderlich;
14. der scheinbare Mangel der Kompression wird ersetzt durch die kräftige

Suspension. Im übrigen bedarf es bei Orchitis und Epididymitis wohl einer energischeren Kompression, als der gewöhnliche Tragbeutel sie leistet.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein zweckmäfsiges Suspensorium, von M. Krantz. (*Der ärztl. Prakt.* 1894. No. 35.) Der Verfasser wirft den üblichen Suspensorien folgende Nachteile vor: Erstens bleibt die Hochlagerung des Scrotums nur kurze Zeit erhalten, bald sinkt dasselbe herab, da der Bauchgurt nur ungenügend fixiert ist. Zweitens übt der Bauchgurt einen empfindlichen Druck aus. Drittens lassen bei heftigen Bewegungen, Besteigen von Pferden und Wagen etc., die üblichen Suspensorien Gummischenkelbänder und Beckenbänder das Scrotum bereits herausgleiten. Um diesen Übelständen abzuhelfen, hat Verfasser die beiden zum Bauchgurt aufsteigenden Schenkel verlängert und verbreitert, sowie zur Verhütung des Druckes mit Wildleder die Ränder derselben, wie diejenigen des Tragbeutels umsäumt. Zur Erhaltung des Bauchgurtes in seiner Lage dienen Schulterbänder, die von ihm hinten abgehen und vorne gekreuzt angeknöpft werden. Die Schulterbänder, wie die ihnen gegenüberliegenden Schenkelbänder schliefsen mit Gummizug ab. Diese Veränderungen können auch an dem Zeissl-Langlebert-Caspersschen Suspensorium angebracht werden.

Bezugsquelle: Gerh. Beuthel in Barmen, Wupperstrafse 2, Evens & Pistor in Kassel. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein verbessertes Suspensorium, von W. Manasse-Berlin. (*Therap. Monatsh* 1895. No. 1.) An den oberen Ausschnitt des Suspensoriumbeutels ist ein zweckmäfsig geschnittenes Stück Gummi angeheftet, welches, breit auslaufend, an den beiden Knöpfen, die den Beutel an dem Leibriemen befestigen, nach oben angeknöpft wird. Es entsteht somit ein grofser Gummibeutel, der den Penis aufzunehmen bestimmt ist. Einerseits werden hierdurch die Gefahren vermieden, welchen sich die Patienten behufs Reinhaltung der Wäsche und zur Geheimhaltung ihrer blennorrhoischen Krankheit dadurch aussetzen, dafs sie sich oft sehr unzweckmäfsiger Bandagen um den Penis bedienen, die bisweilen schwere Krankheitszustände durch Stauung etc. hervorrufen, andererseits läfst sich mit Hülfe dieses, mit desinfizierenden Lösungen leicht zu waschenden Beutels die neuerdings von Frankreich mit Recht anempfohlene Desinfektion des Orificium urethrae externum und der gesamten Eichel bei der blennorrhoischen Erkrankung sicher durchführen, die bei der sonst üblichen Umhüllung des Penis nur bei sehr verständigen und sauberen Patienten ausführbar war. Das Suspensorium ist bei H. Schulze, Berlin N., Johannisstr. 14/15 zu haben.

L. Hoffmann-Berlin.

Über einen Fall von accessorischen Nebennieren in den beiden Samensträngen bei gleichzeitigem Konflux des Ureters und des Vas deferens der rechten Seite, von Franz Friedland. (*Prag. med. Wochenschr.* 1895. No. 44.) Der Verfasser schildert eingehend den makroskopischen und mikroskopischen Befund bei einem nach Kraniotomie geborenen Kinde, welches die im Titel angegeben Anomalien zeigte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Läsionen der einzelnen Bestandteile des Samenstranges und ihre Folgen für die Geschlechtsdrüse, von R. Alessandri. (*Policlinico.* 1895. No. 9.) Auf Grund von Experimenten an Hunden hat A. gefunden:

I. Dafs die Unterbindung des Canalis deferens in letzter Linie und nach nicht alzu langer Zeit zur Atrophie des Hodens und Nebenhodens führt. Zuerst erfolgt eine Erweiterung der Nebenhodenkanäle, während die Tubuli seminiferi enger werden; bald folgt eine fettige Degeneration der Epithelien, während das Bindegewebe der Drüse hypertrophiert (zumal in der Umgebung der kleinen Venen) und schliefslich

zur Zerstörung des ganzen Drüsengewebes führt, das nunmehr eine sklerosierte Masse bildet. Im Nebenhoden kommt es zu denselben Veränderungen, wie im Hoden, nur nicht so rasch. Cystenbildungen hat A. keine beobachtet.

II. Bei der Unterbindung der Samenstranggefäfse wurde folgendes beobachtet: Bei der Unterbindung der Arteria spermatica interna und der Venen des Plexus pampiniformis in Masse kam es zur Atrophie des Hodens, die sich auf den Nebenhoden ausdehnte, wenn der Blutzufluſs nur noch durch die Arteriae deferentes stattfand. Fettige Degeneration, molekuläre Disgregation, Sklerose, welche letztere von der fibrösen Kapsel, den Septa und dem perivasalen Bindegeweben ausgeht. Die Unterbindung der Arteria spermatica interna allein oder aller Venen des Plexus führt zu einer abgegrenzten Ernährungsstörung im Hoden. Nach der Ligatur der Arteria spermatica interna und gleichzeitig eines Teiles der Venen des Plexus erfolgen beträchlichere Veränderungen des Drüsengewebes (hämorrhagische Infarkte, Degeneration und Nekrose der funktionellen Teile, Sklerose). Die bloſse Unterbindung der Arteria deferentialis oder eines Teiles der Venen des Plexus zieht keine nachteiligen Folgen für den Hoden oder den Nebenhoden nach sich.

III. Nach Ausschaltung der Nervenfasern des Samenstranges wurde beobachtet: Koagulationsnekrose des Epithels, die vom Zentrum des Hodens nach der Peripherie um sich greift; in derselben Weise, jedoch etwas später, wird auch der Nebenhoden ergriffen. Zuweilen war die Verteilung dieser Degeneration eine inselförmige und entsprachen dann wahrscheinlich den nicht in ihrer Totalität zerstörten Nervenfasern. 75 Tage nach der Excision der Nerven konnte noch keine Volumenabnahme des Hodens konstatiert werden, weshalb wohl kaum von einer Hodenatrophie gesprochen werden kann. *C. Müller-Bern.*

Experimentelle Wiedervereinigung des quer durchschnittenen Vas deferens, von W. van Hook. (*Med. News.* 30. Juni 1894.) Folgende Methode, welche gelegentlich auch beim Menschen anwendbar sein könnte, hat Verfasser zunächst bei einem groſsen Neufundländer Hunde erprobt. Nach querer Durchschneidung des Vas deferens wurde das proximale Ende des oberen Stückes abgebunden und etwas weiter oben ein sehr feiner, longitudinaler Schnitt von etwa einem Drittel Zoll Länge bis ins Lumen hinein vorgeführt; das obere Ende des distalen Stückes wurde mit der Schere (wie ein Bleistift) zugespitzt, eine Strecke weit aufgeschlitzt, mit einem doppelt armierten Faden durchstochen und in den Schlitz im oberen Teil hereingezogen und hier befestigt. Sechs Wochen später wurde der Hund mittelst Chloroforms getötet. Die Heilung war eine vollständige, und das ganze Organ erschien vollkommen normal.

Philippi-Remscheid.

Doppelseitige Kastration und vollständige Entfernung der Samenbläschen und Samenleiter wegen Tuberkulose, von Weir. (Nach *Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* 1894. No. 12.) Nach dem Vorgange von Villeneuve und Roux hat Weir diese Operation bei einen 28jährigen Manne ausgeführt, der zweifellose Symptome von Tuberkulose darbot. Im Urin fanden sich Kochsche Bacillen. Der Hautschnitt ging über den Leistenkanal hinaus. Die Fascie des groſsen schiefen Bauchmuskels wird excidiert, die Samenstränge werden von den Gefäſsen getrennt. Beim Versuche, das Bauchfell von der rechten Seite der Blase wegzuschieben, reiſst es ein, wird sofort genäht. Die so getrennten, an den Samensträngen befestigten Hoden werden zunächst am Platze gelassen. Hierauf wird der Kranke wie bei Lithotritie gelagert, die Rouxsche Operation ausgeführt; ein kreisförmiger Dammschnitt gestattet, die Prostata von der Blasenwand zu trennen.

Nach der Incision der derben Fascie wurden die zwei kranken Samenbläschen und ein Teil der Prostata reseziert.

Die beiden Samenstränge und die Vasa deferentia wurden dann nach vorn gezogen und mit den Hoden weggenommen.

Die Fascie des grofsen schiefen Bauchmuskels wird über einem Drain vernäht. Die Dammwunde füllt man mit Jodoformgaze aus.

Der Kranke verliefs das Spital nach zwei Monaten. *Neuhaus-München.*

Über akute Spermatocystitis, von Eugen Rehfisch. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 21.) Verfasser berichtet über einen Fall von akuter Spermatocystitis, bei dem die Symptome der Erkrankung typisch waren und der Samenblasenabscefs sich nach der Urethra entleerte. *L. Hoffmann-Berlin.*

Kolik der Samenblasen, von A. J. Guépin. (*Thèse de Paris.* G. Steinheil. 1894.) Die abnorme Überfüllung der Samenblasen mit und ohne Verschlufs der Ductus ejaculatorii giebt zu einem Symptomenkomplex Veranlassung, den die Franzosen als „Colique spermatique" bezeichnen.

Die Beschwerden bestehen hauptsächlich in häufigem, schmerzhaftem Drange zum Wasserlassen; nach einer Pollution oder Coitus tritt Erleichterung ein. Dies ist der leichteste Grad, wo die Absonderung eine recht reichliche ist. Der zweite Grad, in dem eine pathologische Hypersekretion der Bläschen besteht, veranlafst die Beschwerden in stärkerem Grade, die Linderung tritt nur für kurze Zeit ein. Kommt es zum Verschlufs der Ductus ejaculatorii durch entzündliche Schwellung oder Epithelmassen, so wird die „Colique" komplett. Bei Rektaluntersuchung läfst sich aus den vergröfserten Drüsen milchiges Sekret mit Spermatozoen ausdrücken. Therapeutisch ist Regelung der sexuellen Thätigkeit, Einläufe mit Laxantien und Narcoticis, endlich Argentum-nitricum-Instillationen ($^1/_2$—1%), um so eine vermehrte Kontraktion und Expulsivkraft der Vesiculae seminales anzuregen. *F. Hahn-Bremen.*

Chronische Entzündung der Samenbläschen, von G. W. Allen. (*Med. News.* 28. Juli 1894.) Diese bisher nicht absonderlich beachtete Affektion scheint keineswegs so ganz selten zu sein. Verfasser hat im Laufe von etwa sechs Monaten bei 74 Patienten, welche er wegen diesbezüglicher Symptome untersuchte, 55 Mal abnorme Verhältnisse konstatiert. Am häufigsten findet sich das Leiden als Komplikation der Blennorrhoe. Die Symptome sind mannigfaltiger Art: Harndrang, vermehrtes Urethralsekret, trüber Urin, Störungen der Sexualfunktion, brennendes Gefühl im Perineum, kolikartige Schmerzen in der Gegend des Blasenhalses etc. etc. Die Diagnose ist nur durch rektale Untersuchung festzustellen. Als Behandlung wird eine sehr vorsichtig vorzunehmende Massage und Bestreichen der erkrankten und infolgedessen übermäfsig angefüllten Organe empfohlen. *Philippi-Remscheid.*

Zellen und Krystalle im Sperma, von W. Moser. (*New York med. Journ.* 6. Juli 1895.) M. hat sich überzeugt, dafs die zelligen Bestandteile des Spermas nicht ganz so einfach sind, wie sie im allgemeinen geschildert werden. Aufser den Spermatozoen sind darin eine grofse Anzahl von verschieden grofsen Zellen mit ziemlich stark lichtbrechendem Protoplasma und meist einem, zuweilen auch zwei oder mehreren Kernen. Einzelne Zellen waren auch kernlos. Die Gröfse übertrifft gewöhnlich um ein geringes diejenige eines roten Blutkörperchens. Gelegentlich sieht man an den Zellen eine knospenartige Vortreibung, eine Art amöboide Bewegung, die nachher wieder verschwindet. Bei einigen war dieselbe sogar ganz deutlich ausgesprochen; ebenso eine Karyokinese mancher Kerne. Aufserdem wurden Zellen mit mehr körnigem Protoplasma beschrieben, welche an grofse Lymphocyten erinnern. Die im Sperma zu findenden Krystalle seien von den Charcot-Leydenschen durchaus verschieden, viel gröfser und stumpfer. Fernere Bestandteile sind Corpora amylacea,

gröfsere und kleinere hyaline Körperchen, Lecithin, Phosphatkrystalle und feine Nadeln von Tyrosin; aufserdem wohl, wie M. annehmen zu dürfen glaubt, verschiedene andere, noch nicht näher bestimmte Gebilde. *Philippi-Remscheid.*

Hartnäckige Harnröhrenausflüsse durch chronische Entzündung der Samenbläschen, von Fuller-New York. (*Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* 1895. No. 4.) Bei der Prüfung einer grofsen Zahl von Kranken mit rebellischem, jeder Behandlung trotzendem Harnröhrenausflusse wurde die Aufmerksamkeit des Verfassers auf die Entzündungen der Samenbläschen gelenkt. Erst mufs man sicher sein, dafs diese Sekretion nicht aus der Harnröhre stammt, ehe man Vesiculitis annimmt. Als beste Behandlung wird die Massage der Samenbläschen vom Mastdarme aus empfohlen, wobei man sich in acht zu nehmen hat, dafs man nicht unnötigerweise die Prostata massiert. Diese Behandlung (Massage) ergiebt in Fällen, die von Tripper herstammen, vortreffliche Resultate. Dagegen bei Tuberkulose wird die Massage schlecht vertragen; hier ist eine passende allgemeine und hygienische Behandlung von nöten.
Neuhaus-München.

Die Spermatorrhoe und die beginnende Prostata-Hypertrophie, von Hogner. (*Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* 1894. No. 10.) Im letzten Jahre wurde Verfasser von sieben Jünglingen im Alter von 19—28 Jahren konsultiert, und zwar wegen hartnäckiger, den gewöhnlichen Mitteln trotzender Spermatorrhoe im Gefolge von übermäfsiger Masturbation. Die Ejakulationen erfolgten wöchentlich zwei- bis drei-, ja bis zwölfmal; die Prostata war bald bedeutend vergröfsert, bald verkleinert, in einem Falle sehr fest, jedoch so, dafs man eine Schwellung um einen härteren Kern fühlte; in einem anderen Falle war sie hart, aber glatt. Beide ergaben ein Schmerzgefühl bei Druck.

Diese Hypertrophie hat ihren Ursprung in der zweifachen motorischen Beschaffenheit der Drüse; sie ist zugleich ein muskulöses Organ für die Ejakulationen und ein follikuläres für die Absonderungen. Diese zwei Elemente üben aber wechselseitig einen ungünstigen Einfluſs aufeinander aus. Das muskuläre Element wird durch die Häufigkeit der Ejakulationen hypertrophisch und entzündet sich; diese Entzündung pflanzt sich auf die Muskelfasern fort, so zwar, dafs diese Abart von Prostatitis als ein Folliculitis und Myositis zugleich betrachtet werden mufs.

Vom therapeutischen Gesichtspunkte aus scheint die Massage am meisten passend. Dieselbe soll ein- oder zweimal täglich geübt werden und vorzugsweise über einen vorher in die Harnröhre eingeführten Metallkatheter. Alle so behandelten Fälle besserten sich sehr rasch, so dafs die Patienten nach zwei bis drei Wochen sich für geheilt betrachteten. Der hartnäckigste Fall betraf einen 28jährigen Mann, der durchschnittlich alle zwei Tage einen Samenabgang hatte und sogar drei Abgänge binnen acht Stunden. Dazu kam beträchtlicher nervöse Depression. Prostata war klein, hart, schmerzhaft. Vom 15. Tage nach dem Beginn der Behandlung an erfuhr Patient nunmehr eine Ejakulation in der Woche und erklärte sich für geheilt. Verfasser glaubt, dafs die senile Hypertrophie der Prostata schon sehr frühzeitig beginne; im Anfange sei eine lange sich hinziehende Miktion das einzige Zeichen; die Blasenstörungen seien sekundär und von kompensatorischer Art. Das nervöse Element spiele ebenfalls hierbei eine Rolle. Nervöse Erregung erhöhe die Sekretion, diese wiederum die Ejakulationen, und diese führten schliefslich zur Hypertrophie der Muskelschichten. Die Massage sei das einzige Mittel, diese Hypertrophie zu hemmen.
Neuhaus-München.

Ein Beitrag zur Therapie der Harnretentionen, von Hugo Stark. (*Prag. med. Wochenschr.* 1894. No. 52.) Harnretentionen bei Prostatahypertrophie und Strikturen verlangen stets symptomatisch die Entleerung des Harns durch Katheter

oder Punktion. Beide Methoden haben ihre Schwierigkeiten und Bedenken. Deshalb ist die manuelle Expression der Blase durch die Bauchdecken hindurch ein willkommenes Verfahren, um diese Methoden zu ersetzen. Dasselbe ist kontraindiziert: 1. bei obturierendem, totalem Verschluſs des Urethralkanals, so bei Verwachsungen, Durchwachsungen, obturierenden Steinen und anderen Fremdkörpern, sofern diese fest eingekeilt sind, dagegen können Abknickungen und Kompression durch den Druck überwunden werden; 2. bei höhergradigen pathologischen Veränderungen in der Blasenwand, welche eine Zerreiſsung möglich erscheinen lassen. Es geben sich solche Veränderungen kund durch Schmerzhaftigkeit. Schmerzhaftigkeit der Blase auf Druck kontraindiziert stets die manuelle Expression. In allen anderen Fällen ist die Expression zu versuchen. Der Kranke liegt mit im Hüftgelenke flektierten Extremitäten auf dem Rücken im Bette. Der Blasentumor wird zunächst gehoben, hierauf mit beiden flach auf ihn gelegten Händen, die Fingerspitzen nach der Symphyse gerichtet, ein konzentrischer, gleichmäſsiger Druck in der Richtung nach dem Orificium internum urethrae ausgeübt. In anderen Fällen dürfte die Übertragung des Crédéschen Handgriffs auf die Blase geeignet sein. Zwei Fälle, bei welchen die Expression sich bewährt hat, werden wiedergegeben. (Die Publikation von Heddäus ist dem Verfasser augenscheinlich nicht bekannt.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pauly demonstrierte anatomische Präparate von einem **Prostatacarcinom, das zu krebsiger Infiltration der linksseitigen supraklavikularen Lymphdrüsen** geführt hatte. (*Lyon méd.* 1895. No. 8.) *C. Müller-Bern.*

Krebs der Prostata, kompliziert mit spastischer Kontraktion der Blase, von Liebsching. (*Brit. med. Journ.* 9. Juni 1894.) Der 51jährige Patient kam zum ersten Male im April 1892 in die Behandlung des Verfassers und zeigte damals die Symptome einer vergröſserten Prostata, Hämaturie und Urinretention. Bei der Untersuchung erwies sich der rechte seitliche Lappen der Prostata vergröſsert, während die benachbarten Drüsen noch unverändert waren. Der Patient erschien frühzeitig gealtert. Unter der Behandlung besserte sich die Hämaturie, während die Blasenreizung noch anhielt. Im Oktober desselben Jahres hatten die Beschwerden zugenommen. Der Patient klagte über Schmerzen, welche wellenförmig vom Penis aufwärts an Heftigkeit zunahmen. Die Leistendrüse der rechten Seite war jetzt merklich vergröſsert.

Unter der Behandlung wollten die krampfartigen Schmerzen nur wenig weichen, bis die suprapubikale Operation vorgenommen wurde, worauf augenblicklich Erleichterung eintrat. Das Leiden selbst machte jedoch stetig Fortschritte und endigte letal.

C. Berliner-Aachen.

Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Dr. W. Manasse-Berlin. In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 6. Februar d. J. empfiehlt M. einen Mastdarmtampon gegen die Prostatahypertrophie, der aus einem sehr weichen, ca. 25 cm langen Gummischlauche besteht, um welchen ca. 1 cm von der abgestumpften offenen Spitze ein dünner Gummibeutel angebracht ist, der auſser Kommunikation mit dem Gummischlauch steht. In den unteren Teil des Gummiballons führt ein dünner Gummischlauch, vermittelst dessen man den Ballon mit Luft oder Flüssigkeit beliebig anfüllen kann. Die Vorzüge dieses Instruments bestehen zunächst in der Weichheit des Materials, die eine Verletzung der Mastdarmschleimhaut mit Sicherheit ausschlieſst. Sodann in der Unabhängigkeit des offenen Mastdarmrohres von den dasselbe umgebenden Tampons, welche ein Entweichen des Platins zuläſst, ein für das längere Verweilen des kleinen Apparates im Rectum mächtiger Umstand. Die Einführung geschieht durch Entleerung des Mastdarms durch eine

Einpinselung, indem man den gut geölten Gummiballon nach Ausdrückung der Luft in das Rectum so weit vorschiebt, bis er mit seinem unteren Teile den unteren Rand der Prostata erreicht. Dann erfolgt die Füllung des Tampons mit Glycerin durch eine gewöhnliche Spritze, alsdann wird der zu führende Schlauch durch einen Quetschhahn verschlossen. Von diesem Apparat will M. nicht allein Besserungen, selbst Heilungen der Beschwerden bei Prostatahypertrophie beobachtet haben. Die Tampons sind zu haben bei Schulze, in Berlin, Johannisstrafse 14/15. *L. Hoffmann-Berlin.*

Diskussion. P. Güterbock: Die Versuche von Fehleisen etc. sind nicht ohne Widerspruch geblieben, aber selbst, wenn sie richtig sind, darf man nicht die Verhältnisse an der Leiche auf den Lebenden übertragen. Er warnt vor diesem Tampon, der leicht eine unangenehme Proctitis bewirken kann.

Robert Kutner betont, dafs die Voraussetzungen des Vortragenden in allen den Fällen nicht zutreffen, wo nur ein oder beide Seitenlappen der Prostata hypertrophisch sind.

Goldschmidt hat selbst eine gleiche Methode früher probeweise angewendet, hat aber nur unangenehmes von derselben gesehen.

Manasse bestreitet die Berechtigung des absprechenden Urteils Güterbocks vor Prüfung in der Praxis. Die schlechten Ergebnisse Goldschmidts erklären sich durch unpassende Vorrichtung.

Güterbock betont, dafs sich schon in den Werken von Greigh Smith, Traxes und anderen die ungünstigen Wirkungen der Mastdarmtamponade angeführt finden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Jodkalium bei Prostatahypertrophie. (*Brit. med. Journ.* 14. Juli 1894.) Verfasser berichtet angesichts der Whiteschen Therapie der Prostatahypertrophie über einen Fall, den er vor zwei Jahren in Behandlung hatte. Der schon ziemlich bejahrte Patient litt sehr schwer an seiner Krankheit. Verfasser verordnete ihm Suppositorien von Jodkalium (à 0,6), täglich eins vor dem Schlafengehen ins Rectum einzuführen. Der Erfolg war ein sehr guter. Der Patient konnte nach Wochen ohne Katheter und ohne Beschwerden urinieren. Die rektale Untersuchung ergab eine beträchtliche Verkleinerung der Prostata. *C. Berliner-Aachen.*

Abtragung des Mittellappens der Prostata bei einem 76jährigen Greise, von E. M. Cox. (*New York med. Journ.* 1. Juni 1895.) Der Patient hatte seit 24 Stunden keinen Urin entleert. Da die Einführung eines Katheters unmöglich war, wurde aspiriert und ca. $^3/_4$ l dunklen, trüben, ammoniakalischen Urins abgelassen. Am nächsten Tage wurde eine Urethrotomia externa ausgeführt, um die Blase behufs einer weiteren Operation vorzubereiten. Nach etwa acht Tagen unternahm C. eine Sectio alta und entfernte ein möglichst grofses Stück des zolllangen Mittellappens mit dem Paquelin. Der Kranke erholte sich gut, und nach einer gründlichen Sondenbehandlung konnte er wieder spontan urinieren. Trotzdem dies günstige Resultat bereits ein Jahr vorgehalten hat, will Verfasser bei dem nächsten derartigen Fall lieber die doppelseitige Kastration vornehmen. *Philippi-Remscheid.*

Suprapubikale Prostatektomie oder McGills Operation, von M. Rosson. (*Brit. med. Journ.* 14. Juli 1894.) Verfasser bespricht auf Grund seiner Erfahrungen an 12 Fällen aus der eigenen und an 30 Fällen aus der Praxis anderer Kollegen eingehend die Indikationen und Kontraindikationen der Prostatektomie.

C. Berliner-Aachen.

Die Resektion der Vasa deferentia als Ersatz der Kastration bei Prostatahypertrophie, von M. Pavone. (*Il Policlinico.* 1895. No. 6.) Gestützt auf eigene Experimente an Tieren und auf Mitteilungen anderer Autoren über Kastration

beim Menschen in Fällen von Prostatahypertrophie erklärt Verfasser, dafs die bilaterale Resektion der Vasa deferentia die Kastration vollständig zu ersetzen vermag, indem jene ebenso gute Resultate liefert, wie diese, keine operativen Gefahren biete und nicht so schädlich auf das Moralische wirke. *C. Müller-Bern.*

Die Behandlung der Prostatahypertrophie durch Unterbindung des Samenstranges, von J. E. Mears. (*New York med. Journ.* 16. Februar 1895.) In der Sitzung der Philadelphia Academy of Surgery vom 5. November 1894 empfahl M. dieses Verfahren wenigstens zur Prüfung. Nach einer eingehenden Darlegung der anatomischen und physiologischen Verhältnisse führte er aus, dafs es durchaus rationell ist, eine Rückbildung des hypertrophischen und vielleicht entzündeten Prostatagewebes durch Ausschaltung oder Herabsetzung der physiologischen Thätigkeit des Organes zu erstreben. Viele klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen (Rokitansky) bestätigen diesen Zusammenhang zwischen der Prostatahypertrophie und den gesteigerten sekretorischen Leistungen der Testikel. Der Whitesche Vorschlag der Kastration in solchen Fällen sei also durchaus begründet. Da aber viele Patienten sich zu dieser Operation nur ganz notgedrungen entschliefsen werden, schlägt M. vor, entweder das Vas deferens oder einen Teil der Venen des Plexus pampiniformis zu unterbinden. Nach beiden Operationen hat er Gelegenheit gehabt, eine ausgesprochene Atrophie der Hoden zu beobachten.

In der darauf folgenden Diskussion berichteten Penrose und Horwitz über ähnliche Beobachtungen von Atrophie der Testikel nach Venenligatur wegen Varikocele. Sie halten auch den Mearsschen Vorschlag für beachtenswert.

Philippi-Remscheid.

Verschiedenes.

Über das Färben von Pelzen und Menschenhaar. (*Zeitschr. f. angew. Chemie.* 1895. S. 424.) Nach Erdmann werden die beiden Basen β-Amidophenol und β-Phenylendiamin durch Oxydationsmittel in dunkle Farbstoffe übergeführt. Die Haare werden mit einer kalten Lösung jener Basen durchtränkt, dann bringt man sie in ein zweites Bad von Eisenchlorid, Kalium, Chromat, Permanganat oder Wasserstoffsuperoxyd. Es entsteht sofort oder beim Liegen ein sehr haltbarer dunkler Farbstoff. Die Basen sind von der Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation in Berlin in den Handel gebracht. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Arbeitsunfähigkeit geschlechtskranker Kassenmitglieder. von R. Ledermann. (*Med. Ref.* 1895. No. 12 u. 13). Klar und sachlich bespricht Verfasser die für die vorliegende Frage mafsgebenden Gesichtspunkte. Bei Blennorrhoe gehören ins Krankenhaus sehr jugendliche Individua, solche mit tuberkulösem und skrophulösem Habitus, diejenigen, die bei früheren Blennorrhoen an Epididymitis erkrankt sind, endlich die schweren Fälle mit Dysurie, Priapismus, Tenesmus, Allgemeinerscheinungen. Schwere Komplikationen, Cowperitis, akute Prostatitis, akute, stürmisch einsetzende Urethritis posterior (Urethro-Cystitis), sehr schmerzhafte Epididymitis. Weibliche Kassenmitglieder mit Blennorrhoe gehören stets ins Krankenhaus.

Beim Ulcus molle ist Krankenhausbehandlung am Platze. Wo dasselbe einen phagedänischen Charakter zeigt, mufs eine entzündliche Phimose operiert werden,

oder die Bubonen müssen exstirpiert werden. Die Exstirpation der letzteren zieht Verfasser jeder anderen Behandlungsmethode vor.

Im Frühstadium der Syphilis sind es vornehmlich unzuverlässige und unter schlechten hygienischen Verhältnissen lebende Kranke, welche ins Krankenhaus gehören. Meistens sind Injektionen unlöslicher Salze oder Inunktionen mit Resorbinquecksilber außerhalb derselben durchzuführen. Unbedingt ins Hospital gehören weibliche, ungenügend beaufsichtigte Personen mit Papeln. Im Spätstadium ist nur bei ausgedehnten Zerstörungen Hospitalbehandlung nötig. Fälle von Syphilis maligna werden oft ohne Spital schwer zu heilen sein. Ist auch im ganzen die Zahl der geschlechtskranken Kassenmitglieder, die Krankenhäusern überwiesen werden müssen, nicht groß, so ist doch die Zahl der ihnen in Berlin in öffentlichen Krankenhäusern zur Verfügung stehenden Betten sehr gering. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Kasuistische Mitteilungen, von Wilhelm Bittner. (*Prag. med. Wochenschr.* 1895. No. 43.)

1. Hermaphroditismus spurius masculinus completus. Ein 13jähriges, als Mädchen erzogenes Kind zeigt wenig abgerundete Formen, Brust breiter, als das Becken, das Haar lang in Zöpfen. Die Genitalien machen den Eindruck von weiblichen mit hochgradig entwickelter Clitoris. Diese zeigt Glans und Präputium, ist hypospadäisch, eine an der Unterfläche verlaufende Rinne mündet zusammen mit der Urethra und einer rudimentären Scheide in einen Sinus urogenitalis. In zwei Hautwülsten fühlt man zwei weiche Gebilde, wahrscheinlich Hoden. Zwischen Nabel und Symphyse ist per rectum ein leicht verschieblicher, bohnenförmiger Körper fühlbar, wohl ein Rudiment eines Uterus. Die Entscheidung darüber, welchen Geschlechtes das Kind ist, konnte zweifelhaft sein, wahrscheinlich ist es männlich.

2. Fall von Hyperplasie beider Mammae bei einem sechs Monate alten Mädchen. Die Brustdrüsen der Neugeborenen zeigen vielfach eine mehr oder weniger als physiologisch anzusehende Hyperplasie durch Dilatation der Drüsengänge. Außerdem kommen Vergrößerungen durch Neubildungen vor, die aber nur selten symmetrisch sind. Der berichtete Fall betrifft ein sechs Monate altes Mädchen mit stark entwickelten Brüsten, welche wahrscheinlich auf Hyperplasie beruhen, möglicherweise gepaart mit lymphangiomatöser und lipomatöser Neoplasie.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über ein Tegumentum (triangulare) perforatum, von E. Schreiber. (*Zeitschr. f. Krankenpfl.* 1895. No. 11.) Um beim Applizieren von Medikamenten auf kleinere Hautstellen genau lokalisieren und die umgebende Haut schonen zu können, giebt Verfasser eine kleine dreieckige Platte von Milchglas mit abgerundeten Ecken an, welche kleine Öffnungen von verschiedener Form enthält. Die zu behandelnde Hautstelle wird in die entsprechend große Öffnung eingestellt und dann das Medikament aufgetragen, resp. der Brenner appliziert. In letzterem Falle ist die Umgebung vor der Hitze geschützt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der XII. internationale medizinische Kongreß wird vom 7.—14. August 1897 in Moskau abgehalten. Der Dermatologie ist die Sektion No. VIII eingeräumt. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 10 Rubel (25 Franken). Die Kongreßsprache ist französisch. Vorsitzender der Dermatologischen Sektion ist Prof. Pospeloff; die Redezeit beträgt 20 Minuten für jeden zugelassenen Redner; in der Diskussion darf jeder Redner nicht länger als 5 Minuten sprechen.

Wir kommen später ausführlicher auf den Kongreß zu sprechen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXII. No. 5. 1. März 1896.

Das lepröse und tuberkulöse Darmgeschwür bei Lepra.

Von

Arthur v. Reisner,
Arzt des städtischen Leprosorium in Riga.

(Mit Tafel IV.)

Arnings[1] Veröffentlichung über Lepra visceralis veranlafste mich, auch unser Sektionsmaterial auf diese Frage hin zu untersuchen und die verschiedenen Fälle zu vergleichen. In den vorgeschritteneren Fällen der Erkrankung an Lepra tuberosa fanden sich regelmäfsig spezifische, lepröse Veränderungen in der Leber, ebenso war die Milz immer leprös erkrankt, bedeutende Veränderungen in den Lungen wurden häufig beobachtet, allein es ist uns bis jetzt noch nicht gelungen, im Schnitt oder Sputum Leprabacillen nachzuweisen. Die Nieren und das Pankreas zeigten ebenfalls keine spezifischen Veränderungen. Eine miliare Lepra visceralis haben wir hier nicht beobachtet, überkaupt keine miliare Form der Lepra; die erkrankten Organe zeigten beständig den Typus der breiten Infiltration, des subepithelialen Bindegewebes; auch auf der Haut safsen die oft miliaren Knötchen als sekundäre Eruptionen auf breiten Infiltraten. Der Darm war bei unseren Sektionen 17 Mal untersucht worden, darunter fanden sich in drei Fällen Darmaffektionen, und zwar waren es die Ulcera, welche unsere Aufmerksamkeit hauptsächlich fesselten und mich veranlafsten, gerade diese Erscheinung genauer zu beobachten. Hansen und Looft[2] haben in ihrem Sektionsmaterial unter 89 Fällen der Lepra tuberosa 13 Mal Ulcera des Darmes gefunden. Diese Erkrankungen führt Hansen fast immer auf Tuberkulose zurück, in nur wenigen Fällen auf andere Ursachen, niemals aber auf Lepra. Dafs aber eine lepröse Erkrankung auch im Darm bei der Lepra tuberosa vorkommen kann, glaube ich, ergiebt ein Vergleich meines ersten Falles mit den beiden folgenden.

---

[1] Arning, Zur Frage der visceralen Lepra. *Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft.* 4. Kongrefs. 1894. S. 441.

[2] Hansen und Looft, Die Lepra vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte. *Bibliotheca medica.* D. II. Heft 2.

1. Pelageja Kolessnikowa, 70 Jahre alt, wird mit Lepra tuberosa in die Anstalt aufgenommen. Derbe, unebene, mit Knötchen besetzte Infiltrate bedecken das Gesicht, hauptsächlich die Stirn. Ähnliche Veränderungen zeigen die Streckseiten der Unterarme und Unterschenkel. Im Ausstrichpräparat aus der Haut sind sehr zahlreiche Bacillen und Bacillenhaufen zu sehen. Flache, breite Leprome finden sich auf dem Gaumen, der Uvula und der hinteren Rachenwand, häufig sind dieselben ulceriert. Der sehr langsame Krankheitsverlauf führte unter Verdauungsstörungen und Koliken mit Herzschwäche zum Tode. Die Autopsie ergab: aufser einigen zarten, pleuritischen Adhäsionen und einem Lungenödem in den abhängigen Teilen, an den Lungen nichts Abnormes. Die Herzmuskulatur war schlaff, dunkelbraun und fettig degeneriert. Die Leber und Milz waren ebenfalls degeneriert. In der Darmwand und zwar hauptsächlich im Kolon, doch auch noch weit im Ileum waren sehr zahlreiche Geschwüre, deren Durchmesser meistens nur 2—3 cm betrug. Diese Geschwüre waren sehr flach, hatten einen scharfen, beinahe reaktionslosen Rand und fielen steil zum markig infiltrierten Grunde ab. Der vertikale Schnitt durch diese Geschwüre zeigt unter dem Mikroskop bei schwacher Vergröfserung (Fig. 1) eine gleichmäfsige Infiltration mit Granulationszellen der Mucosa und hauptsächlich der Submucosa, in der Muscularis interna nur noch sehr wenige Rundzellen. Der leicht unterminierte Geschwürsrand ist ebenfalls nur wenig infiltriert, doch reicht das Granulom noch weit unter die normale Mucosa. Ein Teil desselben Bildes unter der starken Vergröfserung (Zeiss' Ölimmersion $^1/_{12}$) löst die auch schon vorher sichtbaren roten Punkte zu Bacillenhaufen auf, aufserdem sieht man sehr zahlreiche einzellige Bacillen; Riesenzellen wurden in diesem Präparat nicht gefunden. Gefärbt war das Präparat zwei Minuten lang in kalter Karbolsäurefuchsinlösung, darauf in 25% Salpetersäure entfärbt, ausgespült und mit wässeriger Methylenblaulösung nachgefärbt.

2. Jan Leimann, 55 Jahre alt, Lepra nervorum. Mutilationen einzelner Phalangen und ganzer Finger, Kontrakturen, Muskelatrophien und Ulcera. Die ausgebreiteten Anästhesien werden von einem nur sehr blafs pigmentierten Rande umschlossen, in welchem, wie es zu erwarten war, keine Bacillen gefunden werden. An den Lungen finden sich schwere Veränderungen, ausgedehnte Dämpfungen, bronchiales Atmen. Die Respiration ist sehr beschleunigt, reichlicher Auswurf. Die Körpertemperatur ist hoch, die Darmfunktion sehr unregelmäfsig, Appetitlosigkeit. Der Patient magert rapid ab, nach Verlauf von zwei Monaten Exitus letalis. Bei der Sektion fand man derbe pleuritische Adhäsionen, ausgedehnte Infiltration des Lungengewebes, peribronchiale und käsige Herde in den oberen Lungenlappen. Im Dickdarm waren grofse Geschwüre mit hohem Rande. Der senkrechte Schnitt zeigt unter dem Mikroskop im wulstigen Rande miliare Tuberkel, sehr zahlreiche Riesen- und Granulationszellen, ebenso ist der Geschwürsboden infiltriert. Die Infiltration reicht bis zum peritonealen Überzug. Bacillen werden gar nicht gefunden. Das Präparat war nach derselben Methode gefärbt, wie das beim ersten Fall.

3. Kusjma Andrejew, 50 Jahre alt, wird mit exquisiten Lepromen im Gesicht und an den Extremitäten aufgenommen; im Ausstrichpräparat sind zahllose Bacillen und Bacillenklumpen. An den Lungen sind bei der Aufnahme nur geringe pathologische Veränderungen nachzuweisen, eine leichte Dämpfung links oben und ein Bronchialkatarrh mit mäfsigem katarrhalischem Auswurf. Unregelmäfsigkeiten in der Darmfunktion bestanden. Ungefähr drei Wochen vor dem Tode wurde der Husten quälend, und der Patient expektorierte grofse Mengen schleimig-eiterigen Sekrets, worin Tuberkelbacillen nachgewiesen werden konnten. Die Dämpfung verbreitet sich über gröfsere Lungenpartien, bronchiales Atmen, die Respiration ist sehr frequent, die Verdauungsbeschwerden haben sehr zugenommen, vollkommene Appetitlosigkeit, die

Körpertemperatur ist Anfangs nur am Abend, später beständig sehr hoch, es kommen zuweilen Schüttelfröste vor. Bei hochgradigem Kräfteverfall geht Patient schliefslich in zwei Tagen unter den Erscheinungen einer Perforationsperitonitis zu Grunde. Bei der Sektion fand man: die Pleura costalis war fast durchweg mit der Pleura pulmonalis verwachsen, die Lungen mit miliaren Knötchen durchsetzt, an der linken Lungenspitze grofse Käseherde, das Lungengewebe pneumonisch infiltriert. Im Kolon fanden sich nicht sehr zahlreiche, aber grofse Geschwüre (Durchmesser ca. 4—5 cm), deren unterminierter Rand dunkel bläulichrot und sehr hoch ist. Im Kolon transversum war ein die Darmwand perforierendes Ulcus. Das Peritoneum ist mit miliaren Knötchen und gröfseren Käseherden durchsetzt. Das mikroskopische Bild des vertikalen Schnittes durch den Geschwürsrand (Fig. 2) zeigt neben der Rundzelleninfiltration, welche bis in das Peritoneum reicht, miliare Tuberkel und Riesenzellen und bei starker Vergröfserung (Ölimmersion $^1/_{12}$) im Granulationsgewebe wenige Bacillen. Gefärbt wurde dieses Präparat drei Stunden lang in der Karbolsäurefuchsinlösung; das weitere Verfahren war dasselbe wie bei den vorigen Präparaten

Beim Vergleichen dieser drei Fälle fiel mir in erster Linie das verschiedene Aussehen der Darmgeschwüre bei der ersten Sektion von denen bei den zwei letzten auf. Während beim Falle 1 ein rundliches, flaches Ulcus mit scharfem, reaktionslosem Rande gefunden wurde, waren hier beide Male wulstartige Verdickung und bläulichrote Verfärbung der Geschwürsränder beobachtet. Unzweifelhaft hat das Geschwür im ersten Falle eine auffallende Ähnlichkeit mit dem auf der leprös affizierten Schleimhaut im Rachen und auf dem Gaumen vorkommenden Ulcus, diesem flachen, scharf umrissenen Geschwür mit grauweifsem Boden, wie es auf der Höhe des leprösen Infiltrats am weichen Gaumen so häufig gefunden wird. Sehr mafsgebend für die Beurteilung der Art dieser Geschwüre sind die Veränderungen in den anderen Organen und hauptsächlich in den Lungen, wenn man nach Simmonds Tabelle annimmt, dafs weit über die Hälfte aller an Lungentuberkulose Leidenden auch eine tuberkulöse Darmaffektion haben. Hansen und Looft führen in ihrer Sektionstabelle bei jedem tuberkulösen Darmulcus hochgradige tuberkulöse Veränderungen in den Lungen an. Hier ist im ersten Falle, während des Verlaufs der Krankheit, keine Erkrankung der Lunge nachweisbar, und wir finden erst bei der Sektion ein offenbar erst prämortal entstandenes Ödem der abhängigen Lungenabschnitte und aufserdem nur einige zarte pleuritische Adhäsionen. Dagegen zeigen die beiden anderen Fälle schon im Verlaufe der Krankheit die schwersten Symptome seitens der Lungen; bei K. A. werden im Sputum Tuberkelbacillen nachgewiesen, und die Autopsie zeigt im Falle 2 pleuritische Adhärenzen, pneumonische Verdichtungen und Käseherde, — im Falle 3 sogar disseminierte Miliartuberkulose der Lungen und des Peritoneums. Diese beiden Fälle sind vollkommen identisch mit denjenigen, die Hansen und Looft in ihrer Tabelle veröffentlicht haben, dagegen suchte ich in ihrem reichen Sektionsmateriale vergebens nach einem Anologon für meinen ersten Fall. Der Schwerpunnkt

in den Unterschieden dieser beiden Arten von Darmgeschwüren liegt im Befunde der mikroskopischen Untersuchung. Das Granulom reicht bei den zwei letzten Präparaten tief nach unten in die Serosa und ist überhaupt viel mächtiger, als bei Fig. 1, die miliaren Knötchen sind verkäst, auch in den tieferen Schichten, — während das Leprom im ersten Präparate eine nur flache Infiltration, keine Verkäsungen und überhaupt wenig Neigung zeigt, eine regressive Metamorphose einzugehen, — wie überhaupt die Leprome, wenn sie nicht eine äufsere Läsion trifft, sich Jahrzehnte unverändert halten können. Im ersten Präparate sind im Granulationsgewebe sehr zahlreiche, einzelliegende Bacillen und Bacillenhaufen zu sehen, wie wir es gewohnt sind, bei jeder leprösen Schleimhautaffektion zu finden; Riesenzellen können nicht nachgewiesen werden. Im Präparate No. 2 sind keine Bacillen, zahlreiche Riesenzellen und miliare Knötchen mit zentraler Verkäsung, im dritten Präparate schliefslich, welches sehr lange in der Karbolsäurefuchsinlösung gelegen hatte, werden unter sehr starker Vergröfserung einzelne Bacillen und Riesenzellen gefunden. Der Befund an Riesenzellen ist ja wohl auch für die Differentialdiagnose nicht mehr von so hohem Werte, seit SCHÄFFER,[3] einwandsfrei in aus der Stirn entnommenen Lepromen Riesenzellen demonstriert hat; schon früher hat THOMA[4] in den Lepraknoten Riesenzellen mit zahlreichen wandständigen Kernen, und PAULSON[5] hat dasselbe für die Lepra nervorum nachgewiesen. Wenn auch das verschiedene Verhalten der Tuberkel- und Leprabacillen zum Farbstoff differential-diagnostisch mit Sicherheit nicht verwertet werden kann, möchte ich doch darauf hinweisen, dafs ich durchaus nicht der Ansicht bin, dafs die beiden Arten sich mit derselben Leichtigkeit in der Karbolsäurefuchsinlösung färben lassen; die Leprabacillen nehmen in schon 1½ Minuten immer genügend Farbstoff in kalter Lösung an, um der Entfärbung mit 25%iger Salpetersäure zu widerstehen, während Tuberkelbacillen dazu ebensoviele Stunden brauchen. Wenn dieser Unterschied auch nur ein gradueller ist, so ist er doch ein grofser und hier im Verein mit den anderen Gründen sehr wertvoll.

Der negative Befund einer Erkrankung irgend eines Organes an Tuberkulose und vielmehr noch der positive des Vorhandenseins sehr zahlreicher Bacillen, welche sich nach Art der Leprabacillen gruppieren und färben lassen, ferner noch die grofse Ähnlichkeit mit den Geschwüren des oberen Endes des Verdauungstractus überzeugen mich, dafs es sich in meinem ersten Falle um ein leprös Darmulcus handelt. In den

---

[3] SCHÄFFER, *Demonstration mikroskopischer Präparate zur Frage der visceralen Lepra. Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft.* 1894.

[4] THOMA, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Lepra Arabum. *Virch. Arch.* LVII. Bd. 1874.

[5] PAULSON, *Ein Beitrag zur Kenntnis der Lepra in den Ostseeprovinzen Rufslands.* Dissert. Dorpat. 1886.

Fällen 2 und 3 erklärt sich der tuberkulöse Ursprung des Darmgeschwüres in vollkommener Übereinstimmung mit den Angaben von HANSEN und LOOFT.

Weit entfernt davon, zu glauben, dafs die Frage der Lepra visceralis abgeschlossen sei, meine ich vielmehr, dafs unser sich vergrößserndes Sektionsmaterial immer noch genau darauf untersucht werden mufs, wieweit die leprösen Veränderungen von der Peripherie vordringen können. Besonders auch beim Respirationstractus ist es interessant, die Grenze zu finden, wo die Herrschaft des Lepragiftes aufhört und das Gebiet des Tuberkelbacillus beginnt, da die so häufig gefundenen Lungenaffektionen bei Leprösen oft so wenig Ähnlichkeit mit der Tuberkulose haben, dafs einige Autoren schon von einer Pneumonia leprosa sprechen.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel IV.

a) Mucosa. *b*) Submucosa. *c*) Muscularis interna. *d*) Muscularis externa. *e*) Serosa. *f*) Blutgefäfse. *g*) Miliare Tuberkel.

Zur Syphilisfrage.

Vortrag von Prof. PETRINI DI GALATZ
in Bukarest.

Zum besseren Verständnis der Art und Weise, wie, und des Zeitpunktes, wann Syphilitiker behandelt werden müssen, ist eine genaue Kenntnis der Natur und der Kraft des syphilitischen Giftes unerläfslich.

Wir kennen zwar das pathogene Agens der Syphilis noch nicht, doch haben die meisten unter uns per analogiam einen für diese Affektion pathogenen Mikroorganismus angenommen.

Ich für meinen Teil bin sehr gern geneigt, die Syphilis mit der Skrophulotuberkulose und selbst mit der Lepra zu vergleichen. Ja, ich gehe noch weiter und vergleiche das syphilitische Gift mit dem JENNER-schen Impfstoffe, mit dem Unterschiede jedoch, dafs, während dieser letztere fast für das ganze Leben gegen die Blattern schützt, das syphilitische Gift den Träger nur vor einer neuen primären Infektion zu bewahren vermag (ich glaube nämlich vorläufig nicht an eine syphilitische Reinfektion), vor weiteren Zufällen aber nur dann, wenn er einer methodischen Behandlung unterworfen wird; auch dann noch entgeht er hier und da den Zerstörungen der Syphilis nicht.

Kollege JADASSOHN hat in Übereinstimmung mit dem, was ich auf früheren Kongressen gesagt, durch seine Statistik gezeigt, dafs die Zahl der Fälle tertiärer Syphilis geringer ist, wo eine Quecksilberbehandlung bereits beim Beginne der Infektion stattgefunden hat, im Gegenteil aber bedeutender, wenn die Patienten keiner regelmäfsigen spezifischen Kur unterzogen werden.

Die Statistiken, die sich auf Fälle beziehen, die im Spital oder auf den ambulatorischen Kliniken behandelt wurden, ermangeln zuweilen der Zuverlässigkeit, indem sich der Arzt von solchen Patienten öfters täuschen läfst; nicht so verhält es sich mit den Privatstatistiken, worüber einige Syphilidologen verfügen. In dieser Beziehung verdient die Statistik von Prof. FOURNIER ganz besondere Beachtung in betreff der Behandlungsweise der Syphilis. Ich für meinen Teil lege grofsen Wert auf die Lehren von Prof. FOURNIER gerade über diese Frage.

Wir haben also in Anbetracht der Chronizität und der Heredität die Syphilitiker mit den Skrophulösen und Tuberkulösen verglichen. Werden diese zwei letzteren Kategorien von Kranken nicht viele Jahre hindurch behandelt? Warum sollten wir da eine symptomatische Behandlung der Syphilis für genügend halten und damit allen den Erscheinungen, welche vom Vater auf den Sohn übergehen, vorzubeugen hoffen?

Ich meine natürlich nicht, dafs man die Syphilitischen während ihres ganzen Lebens unausgesetzt behandeln soll, wie man dies bei Skrophulose, Tuberkulose und Lepra thut. Eine langdauernde, drei- bis vierjährige methodische Kur mit je nach den Umständen stärkeren oder schwächeren Quecksilberdosen ist aber unerläfslich.

Eine fernere Frage ist noch zu berücksichtigen. Bei der Behandlung darf nämlich nicht aufser acht gelassen werden, wie das Quecksilber in den Organismus eindringt. Verordnet man Quecksilbereinreibungen und werden diese im Freien gemacht, so wird die Resorption durch die Luftwege auf ein Minimum reduziert, oder findet überhaupt nicht statt. Ich lasse demnach diese Inunktionen stets am Abend machen, wenn die Patienten im Bette liegen.

Es ist hier nicht der Ort, genauer auf die Art und Weise einzugehen, wie ich bei Syphilis verfahre. Ich will hier nur an das erinnern, was ich bereits auf dem internationalen Kongrefs für Dermatologie in Wien gesagt habe, dafs es nämlich nicht genüge, dem Patienten irgend ein Quecksilberpräparat in die Hände zu geben, dafs vielmehr die Zahl derjenigen grofs ist, die unbedingt einer tonischen Behandlung mit Eisen und Arsenik unterzogen werden müssen; ja, wenn dies ausführbar ist, verordne ich noch obendrein Salz- oder Meerbäder.

Nur mit dieser Methode hoffe ich weiteren Folgezuständen vorzubeugen. Man weifs ja nach den Untersuchungen von Prof. NEUMANN, dafs dieser

Forscher an den Stellen, wo früher syphilitische Neubildungen bestanden haben, noch ein Jahr nach der anscheinenden Heilung Infiltrate vorgefunden hat, die auf den syphilitischen Prozefs zurückzuführen waren.

Demnach sind bei der Behandlung derartiger Neubildungen lokale Quecksilberapplikationen ganz indiziert.

Zum Schlusse wiederhole ich, was ich bereits 1892 auf dem Wiener Kongresse gesagt, nämlich, dafs das Jodkalium nicht, das Quecksilber aber unbedingt zur Heilung der Syphilis notwendig ist.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Bern.)

Aus der dermosyphilopathischen Klinik der königlichen Universität Parma, geleitet von Prof. V. MIBELLI.

Glaskanülen mit und ohne Klappen, zu Irrigationen der Nase, des Ohres und der Harnwege. Einige praktische Bemerkungen über die Harnröhrenirrigationen

Von

Dr. G. VANGHETTI, Assistenten.

(Mit 12 Figuren im Text.)

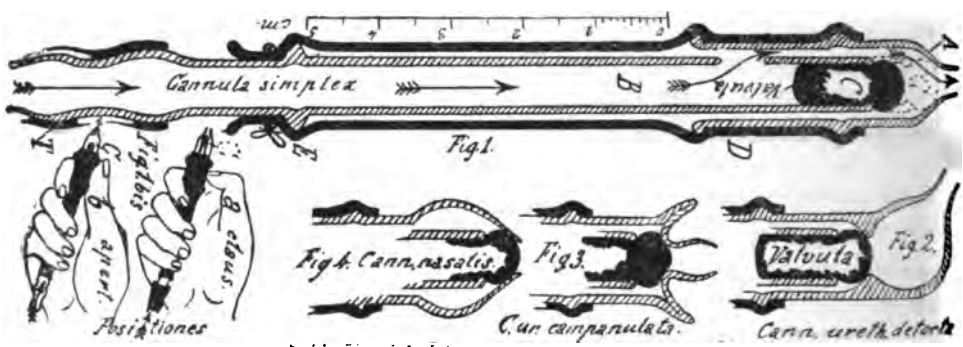
Bevor ich nochmals auf diesen Gegenstand zurückkomme, den ich bereits[1] kurz besprochen habe, benutze ich die Gelegenheit, allen denjenigen zu danken, die sich mit meiner bescheidenen Erfindung abgegeben haben und mir dadurch ihre materielle und moralische Unterstützung zu teil kommen liefsen, vor allem Herrn Prof. MIBELLI, dessen Zuvorkommenheit ich es zu verdanken habe, dafs meine Kanülen in passender Weise verfertigt und dem ärztlichen Publikum auf dem letzten internationalen medizinischen Kongresse zu Rom[2] zur Kenntnis gebracht werden konnten.

Nach zweijähriger Erfahrung habe ich in der Konstruktion dieser Kanülen einige Verbesserungen anbringen lassen, die mich zur Publikation der vorliegenden Mitteilung veranlafst haben, worin ich die von mir erfundenen, gezeichneten und definitiv angenommenen Modelle beschreiben werde.

Nasen-, Ohren-, Urethral-, Vaginalkanülen mit Klappe und einfachem Strome. Da ich bereits seit Ende 1892 mit der

[1] *Rif. med.* 1894. No. 112.
[2] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIX. No. 6.

Ausführung von Harnröhrenirrigationen bei der Behandlung der Blennorrhoe beauftragt war, und zwar nach der in Frankreich von JANET, in Italien von MAIOCCHI empfohlenen Methode wurde ich zuerst öfter durch den Umstand unangenehm berührt, daſs es sich nicht immer vermeiden lieſs, von der Irrigationsflüssigkeit mehr oder weniger intensiv bespritzt zu werden. Ich ging nun darauf aus, diesem Übelstande abzuhelfen, und brachte alle möglichen Sorten von Quetschhähnen am Schlauche an, muſste aber auf ihre fernere Anwendung verzichten, weil ihre Handhabung auf die Länge ermüdend wirkte; je leichter sie aber funktionierten, um so unvollständiger war auch der Verschluſs. Schlieſslich kam ich auf die Idee, eine Kanüle aus Glas zu konstruieren, welcher der Vorteil eines kontinuierlichen automatischen Verschlusses zukam, wobei das Öffnen und Schlieſsen leicht mit einer Hand, und zwar mit derjenigen, welche die Kanüle festhielt, bewerkstelligt werden konnte.



Die Kanüle ist in Figur 1 abgebildet. Sie besteht aus einem vorderen oder äuſseren Stücke *A* (siehe Maſsstab), das ein am unteren Teile ganz offenes Glasrohr darstellt; vorn ist es verengt und mit zwei cirkulären Leisten versehen, welche der Schlauch *D* aus rotem Gummi umfaſst. Ein etwas dünneres hinteres oder inneres Glasrohr *B*, welches leicht in den glockenförmig ausgeweiteten Teil des vorderen Stückes hineinpaſst, trägt an einem Ende einen Stöpsel *c* aus schwarzem Gummi; etwas unterhalb dieses letzteren trägt das Rohr eine Öffnung zum Durchlaſs des Flüssigkeitsstromes. Am entgegengesetzten Ende sind einige cirkuläre Auftreibungen angebracht, wovon eine die Form eines Bambusknoten hat und zur Befestigung des roten Gummischlauches *D* dient; über die anderen wird der Irrigatenschlauch gezogen. Die Befestigung in *E* geschieht mittelst eines Fadens oder durch den straff anliegenden Schlauch selbst. Dieser, etwas weit und dünn, stöſst beim leichten Anziehen den Propfen *C* gegen die verengerte Stelle des vorderen Stückes *A*, und zwar mit hinreichender Kraft, um den Durchtritt des

Stromes zu verhindern. Auf diese Weise ist der Verschluſs bei jedem Drucke der Flüssigkeitssäule ein vollständiger.

Zum Öffnen des Stromes faſst man die Kanüle an, wie in Fig. 1 bis (Stellung *a*) angegeben, indem man ohne Kraftanwendung das vordere Stück *A* zwischen Zeigefinger und in seinem Endgliede gebeugtem Daumen festhält, während der hintere Teil *B* von dem übrigen Finger, ebenfalls nur leicht, gehalten wird. Indem man dann leicht andrückt, streckt man den Daumen ebenfalls nur sanft (Stellung *b*, Fig. 1 bis). Durch diese Bewegung des Daumens, eventuell auch durch die des Zeigefingers, rücken das vordere Stück um einige Millimeter vor und der Stöpsel *C* entsprechend zurück, so daſs die Flüssigkeit reichlichen Abfluſs findet. Läſst man hierauf mit dem Drucke der beiden ersten Finger nach, so schlieſst sich die Kanüle durch Elastizitätswirkung des Schlauches *D* wieder automatisch.

In Anbetracht der zahlreichen mikroskopischen Präparate, welche zur Diagnose der Blennorrhoe notwendig sind, und der reichlichen Abspülungen bei ihrer Färbung eignet sich der Apparat auſser zu Harnröhrenirrigationen auch noch zur Adaptation an den Mikroskopiertisch, indem man in der Höhe von 30—40 cm irgend einen Recipienten anbringt, der mit einem Schlauch und etwas spitzerer und längerer Kanüle versehen ist. Auf diese Weise ist der Gebrauch der gewöhnlichen Pipetten unnötig geworden, und damit geht das Anfertigen der Präparate rascher vor sich; man umgeht auch die Gefahr, seine Lippen mit Gegenständen in Kontakt zu bringen, die vielleicht schon andere im Munde gehabt haben, und andererseits entlastet man den Arbeitstisch beträchtlich. In unserem Laboratorium haben wir die Pipetten vollständig beiseite gelegt und gebrauchen wir sie nur noch in jenen seltenen Fällen, wo die Präparate auſserhalb der gewohnten Räumlichkeiten angefertigt werden müssen. Wir haben auch so viele Vorteile im Ersatz dieser Pipetten durch unsere Kanülen gefunden, daſs wir kaum je zu ersteren zurückkehren dürften.

Nach den guten Diensten, die uns die Kanüle bei Urethralirrigationen geleistet hat, lieſsen wir je nach Bedarf noch andere einläufige, mit Klappen versehene Kanülen anfertigen, die zu Irrigationen der Nasenhöhle, der Ohren und der Vagina in unserer Klinik dienen sollten.

Figur 2 stellt eine Kanüle mit krummem Schnabel dar, welche kraft dieses Aussehens die Hand vor Ermüdung bei zahlreichen und langdauernden Irrigationen schützt und intelligentere Patienten in den Stand setzt, ihre Harnröhreninjektionen selbst zu machen.

In Figur 3 ist eine Kanüle mit glockenförmigem Ende abgebildet; dieselbe verhindert einmal das Herausflieſsen der Irrigationsflüssigkeit zwischen Meatus urinarius und Kanülenspitze, dann hat sie aber auch

den Zweck, den Arzt vor der Verunreinigung durch den aus der Harnröhre zurückströmenden Flüssigkeitsstrahl zu schützen, wenn der Patient etwa plötzlich und unvorhergesehen zurückschnellt. Diese Form, welche zu Irrigationen von Ohr und Nase keine Verwendung findet, kann jeder Urethralkanüle mit einfachem oder doppeltem Strome, mit olivenförmiger oder gerader Spitze angepafst werden. (Figg. 5 und 6.)

Figur 4 ist eine Nasenkanüle mit Klappe und weist nichts Besonderes auf, aufser etwa einer konisch-olivenförmigen Auftreibung, welche allen derartigen Kanülen gemeinschaftlich ist.

Ganz nach demselben System ist die Vaginalkanüle (Fig. 10) gebaut, worüber wir später noch zu sprechen haben werden.

Doppelläufige Kanülen mit und ohne Klappe zu Ohren- und Urethralirrigationen. Obwohl die beschriebenen Kanülen vortrefflich funktionieren, war es doch der Bequemlichkeit und des Versuches halber notwendig, Urethralirrigationen mit doppeltem Strome anzuwenden; dies geschah denn auch mit den Kanülen von Maiocchi.

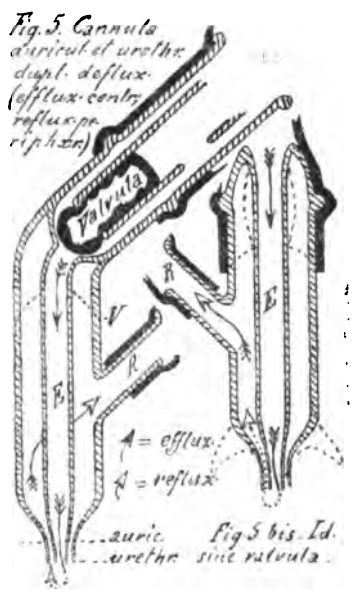
Bevor ich aber weiter gehe, mufs ich hier noch eine Vorfrage bezüglich der partiellen doppelläufigen Harnröhrenirrigationen behandeln, welche auch die hierzu verwendeten Kanülen betrifft. Soll nämlich blofs die Urethra anterior irrigiert werden, oder aber mufs sich die Irrigation auf die ganze Harnröhre erstrecken? Da mufs ich erklären, dafs ich mich nicht für kompetent erachte, die Frage wissenschaftlich zu entscheiden. In praktischer Hinsicht aber bemerke ich, dafs Janet brillante Erfolge erzielt hat mit Irrigationen der Pars anterior urethrae auch im akuten Stadium, so dafs es ihm gelungen ist, den blennorrhoischen Prozefs von Anfang an zu coupieren. Auch Maiocchi ist mit denselben zufrieden, so zwar, dafs er die Totalirrigationen nicht nur für unnütz, sondern geradezu für gefährlich hält. An hiesiger und anderen Kliniken hingegen waren die Resultate mit den Irrigationen des vorderen Harnröhrenschnittes nur mittelmäfsige, während die Totalirrigationen ausgezeichnete Erfolge zu verzeichnen haben, so dafs wir dahin gelangt sind, die Irrigationen der vorderen Urethra als unnütz zu betrachten, und der Ansicht sind, dafs man das subakute Stadium der Blennorrhoe abwarten müsse, um dann dasselbe mit einigen wenigen Totalirrigationen zu rascher Abheilung zu bringen. Allerdings mufs zugegeben werden, dafs es Urethritiden giebt, die sich ausschliefslich auf den vorderen Abschnitt des Kanals beschränken, und da ist es natürlich, dafs man in solchen Fällen nur diesen Teil auszuspülen hat. Ich war demnach bestrebt, eine zur Ausführung von Irrigationen des vorderen Urethralschnittes auf doppeltem Strome geeignete Kanüle zu konstruieren.

Wie gesagt, bediente ich mich zunächst der doppelläufigen Glas-

kanüle von MAIOCCHI,[3] welche bekanntlich aus zwei Röhren besteht, die oben voneinander abstehen, im übrigen Teile aber verlötet sind, so dafs sie die Gestalt eines Y wiedergeben. Doch zeigten sich auch hier trotz des guten Funktionierens der Kanüle die gleichen Übelstände, wie bei den Kanülen ohne Klappe, so dafs ich auf den Gedanken kam, an einen der Arme der Kanüle eine Verengerung anzubringen, denselben mit meinem Apparate in Verbindung zu setzen und an den anderen Arm einen Abflufsschlauch zu befestigen. Da aber die Kanüle aus einem ziemlich dünnen Glasrohr bestand und durch die von mir angebrachte Verengerung noch dünner und zerbrechlicher gemacht wurde, geschah es, dafs sie allzuleicht brach. Aufserdem bestand bei den ursprünglichen MAIOCCHIschen Kanülen die Unbequemlichkeit des Schliefsens und Öffnens, so dafs ich genötigt war, mich der linken Hand als Klappe für das Abflufsrohr zu bedienen, wie ich die Harnröhre mit Hülfe der Irrigationsflüssigkeit dilatieren wollte.

So kam ich dazu, eine Kanüle mit doppeltem Strome nach einem ganz neuen Modell auszusinnen. Dieselbe wurde in der *Riforma medica* 1894. No. 112; diese Zeitschrift. Bd. XIX. pag. 233) beschrieben. Da derselben, wenigstens scheinbar, der Vorwurf leichter Zerbrechlichkeit gemacht werden konnte, so habe ich sie in der Weise verbessert, wie dies in Figur 5 angegeben ist, wo die punktierten Linien das alte Profil darstellen. In derselben ist das Ausflufsrohr *E* im Rückflufsrohr *R* eingeschlossen, im Gegensatze zur Kanüle in Figur 8, wo das Rückflufsrohr im Ausflufsrohr enthalten ist. Ich will die erstere „Kanüle mit zentralem", die letztere „mit peripherem" Ausflufs, oder kürzer: zentrale und periphere Kanüle nennen.

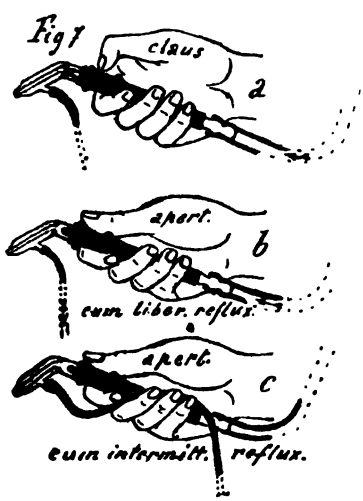
Kehren wir zur Figur 5 zurück, so sehen wir, dafs der ausfliefsende Strom (schwarzer Pfeil), nachdem er durch das Rohr *E* herausgetreten und die Harnröhre irrigiert hat, nochmals in die Kanüle zurückkehrt, indem er in den Zwischenraum zwischen den beiden Röhren eindringt und so zum rückfliefsenden Strome wird (weifser Pfeil); dieser entleert sich durch ein Seitenstück in ein 35—70 cm langes Gummirohr, das in der Figur mit zwei dicken schwarzen Strichen angedeutet ist. Der Strom ist vermittelst der bereits beschriebenen Klappe beständig geschlossen. Man öffnet ihn, indem man die Kanüle, wie die einfache,



[3] *Policlin.* 1894. Bd. I. pag. 205.

leicht anfafst (Fig. 7a), den Daumen streckt (Fig. 7b), wobei die Flüssigkeit frei durch das Abflufsrohr abfliefst. Will man dann im Verlaufe der partiellen Harnröhrenirrigation die Urethra dilatieren, indem man den Rückflufs hemmt, oder will man die partielle Irrigation zu einer totalen werden lassen, indem man die Flüssigkeit in die Blase eindringen läfst, so klemmt man das Abflufsrohr zwischen den drei letzten Fingern und dem Körper der Kanüle (Fig. 7c) ein, indem dabei der mittlere Finger die Rolle einer Klappe vertritt.

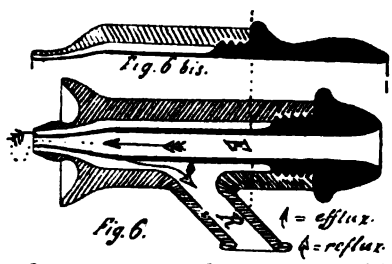
Man sieht ein, dafs zur Totalirrigation der Urethra die Kanüle von der zweiströmigen in die einströmige verwandelt werden kann, indem man einfach in den Abflufsschlauch einen Knoten macht, was aber nicht anzuraten ist. Es giebt nämlich Patienten, denen die Sache noch neu ist oder die wenig intelligent sind oder wohl auch ein Mifslingen der Procedur beabsichtigen (was leichter in Militär spitälern vorkommt), indem sie der eintretenden Flüssigkeit durch Kontraktion des Harnapparates und der Bauchdecken einen Widerstand entgegensetzen. Sobald dies der Operierende merkt, so ist es in solchen Fällen gut, wenn er die Öffnung des Abflufsrohres in seiner Gewalt hat, einmal zur Schonung der Urethra des Kranken, dann aber auch, um sich vor der aus der Urethra im Strahle zurückspritzenden Flüssigkeit zu schützen, die stets sehr kräftig ist, weil öfters mit dem Urin vermengt, den der Patient vor der Irrigation aus irgend einem Grunde nicht vollständig entleert hat. Aber auch, wenn es nicht zu den genannten Kontraktionen kommt, und wenn man blofs den Patienten mit der Einführung von je 2—300,0 Flüssigkeit urinieren lassen will, wie dies einige zu thun pflegen, so wird es stets von Nutzen sein, das Abflufsrohr zu benutzen, um so weit als möglich allen Unannehmlichkeiten vorzubeugen. Es ist ferner nicht zu vergessen, dafs im Rückflufsrohr innerhalb der Kanüle die Flüssigkeit sich während der Irrigation bis zu einem gewissen Niveau erhebt, welches durch sein Auf- und Absteigen anzeigt, dafs der Flüssigkeitsstrom frei cirkuliert.



Für die Irrigation der Ohren wird sich meist die Stellung von Fig. 7c nicht eignen. Doch dürfte hierbei das Abflufsrohr nicht ganz unnütz sein, und zwar zur Erleichterung der Ausspülung, sowie zur Regulierung des Rückflusses, indem man denselben hindert, den Hals hinunterzufliefsen oder zu tröpfeln. Andererseits dürfte die Spitze der

Kanüle etwas kürzer sein, wie dies in der Figur mit Punktierung und der abgekürzten Bezeichnung „auricul." angegeben ist.

Fig. 5bis. Doppelläufige Kanüle mit zentralem Ausfluss, ohne Klappe. Sie eignet sich für diejenigen, die ein billigeres oder weniger Raum einnehmendes Instrument wünschen, sowie für Spitäler oder die ambulatorische Praxis, wo die Übung des Personals die Benutzung eines jeden Instruments ohne Schwierigkeit gestattet, und wo man für jeden Patienten eine eigene Kanüle wünscht, die man dann alle zusammen genau desinfizieren kann. Übrigens kann man auch an dieselbe meine Klappe (Gummipfropfen auf Glasrohr montiert) anbringen, indem man beide durch einen roten Gummischlauch verbindet, wie in den anderen Modellen; auf diese Weise wird man dieselben Resultate erzielen, einige Übung und Handfertigkeit vorausgesetzt. Die punktierten Linien geben im Durchschnitt eine weitere Modifikation, welche es ermöglichen soll, dafs die Kanüle in ein enges Rohr eingefügt werden kann, wobei dann aber die Klappenvorrichtung wegfallen würde. Dafür aber könnte das Instrument aus Metall und Ebonit, resp. aus diesen beiden Stoffen gleichzeitig angefertigt werden.

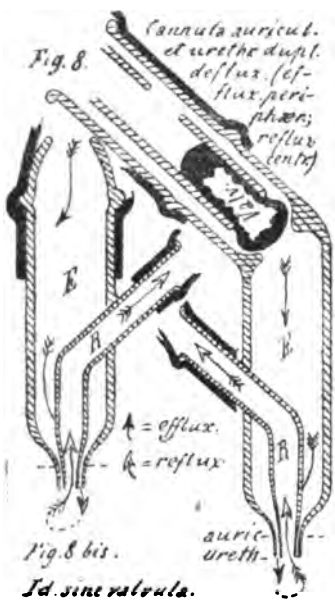


Cann. metall. vel ebonit. sine valvula.

In Figur 6 sieht man denn auch die Abbildung einer Kanüle ohne Klappe, deren inneres Ausflufsrohr aus Metall gefertigt und in das äufsere Ebonitrohr eingeschraubt ist. Das Metall eignet sich nämlich besser in Anbetracht des geringen Lumens des inneren Rohres, während das Ebonit leichter und aus technischen Gründen vorzuziehen ist. Durch diese Kombination der beiden Stoffe erhalten wir einen Apparat, der nicht dieselben Übelstände bietet, wie wenn das Ganze ausschliefslich aus Ebonit oder ausschliefslich aus Metall wäre. Derselbe kann in Bezug auf die Funktionierung mit Figur 5bis identifiziert werden; Figur 6bis hingegen zeigt eine ähnliche Disposition, wie der punktierte Abschnitt im oberen Teile derselben Figur 5bis.

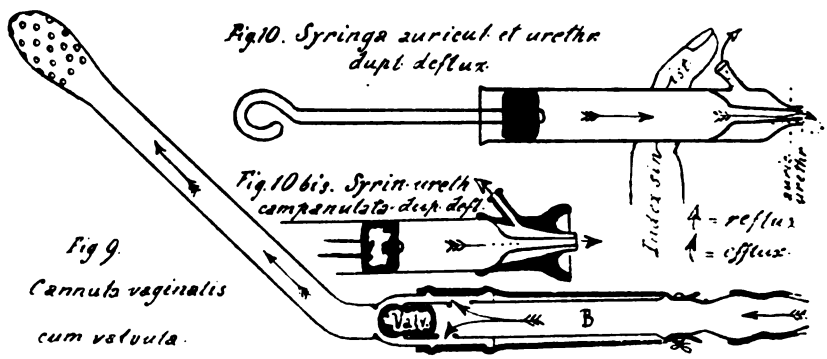
Bezüglich der Figur 8 habe ich schon oben gesagt, dafs in derselben das Rückflufsrohr im Ausflufsrohr liegt. Der Strom fliefst aus dem peripheren Teile der Spitze (schwarzer Pfeil) in Form eines flüssigen Hohlcylinders, statt in Form eines vollen Strahles, wie dann, wenn das Ausflufsrohr zentral gelegen ist; daraufhin kehrt der Strom in den zentralen Teil zurück (weifser Pfeil). Theoretisch scheint einem diese Art des Ausflusses mehr zu imponieren, als die andere, weil die Ausspülung in kräftigem Strahle längs der ganzen Urethralwand stattfindet, statt nur in Form eines einfachen Strahles, der dies nur auf der Rückkehr thut.

Dafs die Dinge in Wirklichkeit auf diese Weise vor sich gehen, ist unmöglich nachzuweisen. Man kann nur annehmen, dafs der Strahl, wenn er sich im Freien nach einer gewissen Zeit verteilt, in der Urethra länger mit den Wandungen dieser letzteren in Kontakt bleibt. Ich habe bei den Irrigationen stets gesucht, einen möglichst langen Strahl zu erzeugen, um die Urethra anterior bis auf ihren Grund zu reinigen. Deshalb halte ich es für notwendig, dafs die Rückflufsöffnung etwas breiter sei, als die Ausflufsöffnung, um die Kraft des irrigierten Flüssigkeitsstromes möglichst wenig zu schwächen; hierzu wird man noch beitragen können, indem man den Irrigator in verschiedener Höhe hält, je nach dem Kaliber der Ausflufsöffnung.



Auch diese Kanüle mit peripherem Ausfluſs besitzt ein Seitenstück ohne Klappe (Fig. 8 bis). In Bezug auf die Funktion dieses letzteren verweise ich auf Figur 8 und Figur 5 bis.

Vaginalkanülen und Spritzen. Figur 9 zeigt das Bild einer gewöhnlichen Vaginalkanüle, an welcher meine Klappenvorrichtung angebracht worden ist. Sie ist ganz so gebaut wie alle meine anderen Kanülen, mit der Beschränkung jedoch, dafs das innere oder hintere Stück *B* zwei Öffnungen statt nur einer hat zur Unterhaltung eines bei der Weite des Rohres nötigen kräftigeren Flüssigkeitsstromes. Deshalb ist auch die Verengerung, gegen welche der Gummistöpsel anstöfst, soviel wie möglich



erweitert worden. Diese Kanüle ist nicht nur von namhaften Gynäkologen günstig aufgenommen worden, sondern auch von ihren Patientinnen, welche in die Lage kamen, die Irrigationen selbst zu machen.

Figur 10 repräsentiert eine doppelläufige Harnröhrenspritze mit zentralem Ausfluſs.

Sie wurde vornehmlich zum Zwecke gröſserer Bequemlichkeit und Billigkeit konstruiert für den Fall, daſs die Irrigationen nicht gemacht werden können oder für einige Zeit unterbrochen werden müssen. Über kurz oder lang soll sie das Problem lösen helfen, ob zahlreiche aufeinanderfolgende Urethralinjektionen einer Irrigation gleichkommen. Jedenfalls eignen sie sich für die Fälle, wo man an sich selbst oder an anderen Urethralinjektionen mit kolorierenden und die Wäsche ruinierenden Flüssigkeiten zu machen hat. Man verfährt wie gewöhnlich, indem man das Rückfluſsröhrchen mit dem Finger verschlieſst. Die Flüssigkeit wird nun, besonders wenn das Ende desselben glockenförmig ist, weniger leicht aus dem Meatus heraussickern, andererseits wird man leichter die abflieſsende Flüssigkeit in ein Gefäſs leiten können und damit die Verunreinigung der Kleider vermeiden.

Dasselbe läſst sich von den Ohrenirrigationen sagen, wo hingegen die Glockenform nicht verwendet werden kann.

Ähnlich, wie bei den Kanülen, habe ich auch für die Spritzen Ebonit und Metall mit oder ohne aufschraubbare Spitze anzuwenden versucht.

Kaliber der Kanülen und Verhalten der Flüssigkeitsströme im Verhältnis zu einander. Als Kaliber der Spritzenansätze habe ich 3, 4 und 5 mm angenommen, je nachdem es sich um enge, mittlere oder weite Urethralmündungen handelt, indem ich, wie bereits vermerkt, als Regel voraussetze, daſs man das Volumen des rückflieſsenden Harnes gegenüber demjenigen des ausflieſsenden begünstigen soll. Man hat nämlich nicht auſser acht zu lassen, daſs die resp. Ein- und Ausmündungen, von denen eine in der anderen steckt, zwei Hauptstellungen einnehmen können: die konzentrische oder die exzentrische. Bei der ersten, wo die Zentren der beiden Lumina in einem Punkte zusammenfallen, hat man nur eine einzige Anordnung. Bei der zweiten jedoch sind deren mehrere möglich, je nachdem das eine der Zentren im Verhältnis zum anderen mehr nach oben, oder nach unten, oder nach der Seite verschoben ist. Unter denselben habe ich ohne jede andere Veranlassung als den professionellen Instinkt diejenige nach oben gewählt. Um diese Ausdrucksweise „nach oben“ besser zu verstehen, muſs man sich vorstellen, daſs die Kanüle, wie in Figur 11 gezeichnet, vom Beob-

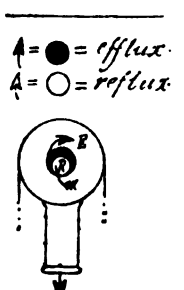


Fig 11. Prospect.

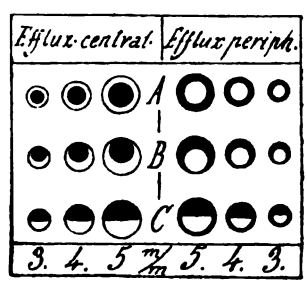


Fig 12. Dimens. et disposit.

achter, welcher der Spitze gegenübersteht, angefaſst ist. Bezeichnet man sodann mit *A* (Fig. 12) die konzentrische Stellung, mit *B* die exzentrische, so sehen wir, daſs jede der beiden Anordnungen der Kanülen mit zentralem Ausfluſs ganz verschieden ist von den entsprechenden mit peripherem Ausfluſs. Eine dritte Disposition, mit übereinandergelagertem Aus- und Rückfluſs, in Form eines Kreises oder einer gespaltenen und wiedervereinigten Scheibe, ist in Figur 12 mit *C* bezeichnet. Durch diese wird die hydraulische Wirkung der zentralen und peripheren Kanüle identifiziert, indem so quasi eine neutrale oder, besser gesagt, amphigene Disposition geschaffen wird, welche einen Unterschied zwischen zentralem oder peripherem Ursprung unnötig macht.

Betrachten wir nun das Bild aller dieser Anordnungen, so müssen wir uns über die Art der Bezeichnung der Kanülen verständigen und vorerst die Unterscheidung in „zentral“ und „peripher“ festsetzen, sodann mittelst eines Buchstabens die Anordnung der Kanülen und mittelst einer Zahl ihr Kaliber, oder umgekehrt, bezeichnen. Es würde dann

Figur 11 darstellen eine periphere Kanüle *B* 4 oder 4 *B*
„ 8 u. 8 bis „ „ „ „ *A* 4 oder 4 *A*
„ 5 u. 5 bis „ „ zentrale „ *A* 4 oder 4 *A*.

Besondere Vorzüge dieser Kanülen. Obschon ich gelegentlich bereits auf dieselben hingewiesen habe, halte ich es für ratsam, sie hier nochmals zusammenzufassen:

1. Gröfsere Reinlichkeit als bei jeder anderen Kanüle für den Operateur und den Patienten. Mit meiner Klappe nämlich hat man das Öffnen des Stromes in seiner Gewalt, während der Schluſs automatisch erfolgt; beides geschieht augenblicklich; man vermeidet dabei ein Vergieſsen der Flüssigkeit und die verschiedenen Verunreinigungen mit allen ihren unangenehmen Folgen.

2. Man braucht sich dabei nur einer Hand zu bedienen, und zwar nicht allein wegen der Klappe, sondern auch wegen der Winkelknickung um 135°. Die linke Hand bleibt somit ganz frei. Mit derselben hat der Operierende den Penis des Patienten in der passendsten Stellung zu erfassen, ohne sich dabei um das heimliche Gelächter mit der medizinisch-chirurgischen Praxis nicht vertrauter Persönlichkeiten zu kümmern. Übrigens kann man auch den Patienten auf einen chirurgischen Untersuchungstisch hinlegen, wenn man die Procedur effektvoller gestalten will. Der Operierende wird an der durch Betasten leicht wahrnehmbaren gurgelnden Bewegung in der Harnröhre erkennen, ob die Irrigation in der gewünschten Weise vor sich geht; droht dann infolge übermäſsiger Ausdehnung der Urethra eine Explosion, so wird er derselben durch Öffnung des Abfluſsrohres zuvorkommen, falls er nicht vorzieht, die Urethra mit der freien linken Hand zu komprimieren und nach unten zu biegen.

3. Der Patient kann leicht die Irrigation selbst vornehmen. Selbstverständlich muſs aber hierbei, besonders wenn es sich um Urethralirrigationen handelt, der Patient intelligent, wohl unterrichtet und guten Willens sein. Dieser Vorteil ist von gröſster Bedeutung für diejenigen, die nicht über die nötige Zeit oder die Mittel verfügen, sich regelmäſsig vom Arzte behandeln zu lassen.

Anmerkungen. Sowohl die Ärzte, welche eine meiner Kanülen benutzen, als diejenigen, die sich selbst behandeln, habe ich darauf aufmerksam zu machen, daſs ein Fabrikant trotz meiner Vorstellungen aus eigenem Ansinnen noch etwas angebracht hat, das auf den ersten Blick ohne Bedeutung zu sein scheint und in einer Einschnürung am vorderen Stücke, das gerade Aus- und Rückfluſs besorgt, besteht. Eine solche Einschnürung hat absolut nichts daran zu thun und soll sofort entfernt werden, falls sie vorhanden ist, weil nicht nur das Desinfizieren erschwert ist, sondern der Ansicht Raum gegeben wird, man habe den Verschluſs nicht in der nötigen Gewalt. Das rote Gummistück, welches den Verschluſs besorgt, soll am vorderen Teile mittelst einfacher Adhäsion angebracht werden. Auch die hintere Einschnürung an der knotenförmigen Auftreibung sollte nicht mehr vorhanden und vom Fabrikanten durch einen konischen, an einem Ende breiten und dünnen, am anderen bedeutend verengten und dicken Gummischlauch ersetzt sein.

Wer den Gebrauch dieser Kanülen anrät und wer sie verkauft, sollte dies nicht auſser acht lassen, wie es auch nicht überflüssig ist, darauf aufmerksam zu machen, daſs, wenn das Öffnen etwas mühsam zu bewerkstelligen ist, man den Teil des elastischen Rohres, der am vorderen Stücke befestigt ist, etwas nach hinten schieben muſs; daſs man umgekehrt verfahren muſs, wenn die Öffnung zu klein ist und die Flüssigkeit heraustritt; daſs man endlich die Stücke beim Auseinandernehmen nur voneinander zu ziehen braucht. Diese Ratschläge, wie überflüssig sie zu sein scheinen, sind es ganz und gar nicht, denn ich weiſs aus eigener Erfahrung, daſs es Patienten giebt, die trotz ihrer Bildung aus eigenem Antriebe diesen einfachen Unbequemlichkeiten nicht vorzubeugen wissen, das Instrument weglegen und ihm Mängel zuschreiben, die nicht existieren, auſser allenfalls in der momentanen Erschlaffung ihres erfinderischen Geistes.[4]

(Übersetzt von C. Müller-Bern.)

[4] Zu beziehen durch Evens & Pistor, Cassel.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 14. Januar 1896.

Originalbericht von L. Hoffmann.

1. Herr Stabsarzt Müller stellt für Herrn Geheimrat Lewin einen **Fall von schwerer Lues** vor. Der 37jährige Bäckermeister infizierte sich im Juli 1895; schon vier Wochen nach dem Primäraffekt trat der Beschreibung nach Rupia syphilitica auf. Er wurde anfangs in seiner Häuslichkeit, und zwar mit Pillen und äufseren Mitteln, behandelt. Da der Zustand sich aber verschlimmerte — es zeigten sich Geschwüre fast über die ganze Haut verbreitet, — so suchte er ein Krankenhaus auf. Hier bestanden dieselben fort; ein solches an der Nase war mit so starker Rötung verbunden, dafs das ganze anfangs für Erysipel gehalten wurde. Es war aber ein Ulcus, das zur Zerstörung des Septum narium etc. führte. Der jetzige Status beim Patienten zeigt Ulcerationen fast auf dem ganzen Körper, nur Rücken und Brust sind frei, ebenso sind die Augen, der Mund, Kehlkopf und Ohren frei von jeder Affektion. Das Innere der Nase ist total zerstört, es gleicht einem grofsen Kessel. Da der Patient sehr kraftlos war, wurde er anfangs nur roborierend behandelt, und die Nase mit Kamillenthee und Acidum boricum ausgespritzt; später wurde mit Jodkaliumgebrauch begonnen, und jetzt werden wöchentlich zweimal Sublimatinjektionen gemacht, die er ganz gut verträgt und wonach sich die Ulcera zu bessern beginnen.

2. Herr Müller stellt dann eine Patientin vor, die einen **Primäraffekt an der Oberlippe** zeigt, der sich von der Mitte derselben bis zum Zahnfleisch hinzieht. Da die Anschwellung der Lippe eine sehr starke war, so wurde die Patientin gleich mit Sublimatinjektionen behandelt, und jetzt ist das Ulcus nach acht Injektionen in der Heilung begriffen, wenngleich die Schwellung noch ziemlich bedeutend ist. Patientin hat noch Condylomata lata an den Genitalien. Was die Ursache der Infektion anbetrifft, so behauptet die Patientin, dafs sie sich, da sie Handschuhwäscherin sei, durch alte schmutzige Handschuhe angesteckt haben müsse; Lewin meint aber, dafs die Ursache wohl in einer direkten Berührung mit einem kranken Penis zu suchen sei. Lewin wollte die Patientin mit Pferdeserum behandeln, allein er wäre von dieser Behandlung ganz abgekommen, da sie bei allen Patienten eine so starke Urticaria mit Quaddelbildung erzeugt habe, dafs dieselben es tagelang vor Jucken nicht aushielten, ohne dafs es auf die spezifischen Affektionen irgend einen Einfluſs ausübte.

3. Der dritte von Herrn Müller vorgestellte Patient hat nach Beendigung einer Spritzkur mit Sublimat eine Chorioditis oder **Retinochorioiditis** zurückbehalten. Es zeigen sich nämlich in der Umgegend der Papilla des Nervus opticus weifse Stellen, die im Verlaufe der Gefäfse ausstrahlen. Sie inkommodieren den Patienten beim Sehakt nur insofern, als der Mariottesche Fleck vergröfsert erscheint.

4. Herr Isaac: Fall von **Lupus vulgaris oder Syphilis?** Der vorgestellte Patient ist vor 20 Jahren infiziert, hat aber damals weder eine Quecksilberkur, noch Jodkalium gebraucht. Er will stets gesund gewesen sein, nur vor zwei Jahren will er von einem Bronchialkatarrh befallen sein. Danach bildeten sich Knoten auf der Stirn und am Halse, wie sie jetzt noch bestehen. Wenngleich Lupus in diesem Alter des Patienten, er ist nämlich 52 Jahre alt, selten ist, so glaubt J., es dennoch für Lupus vulgaris erklären zu müssen, weil das Leiden nur auf Stirn, Kopf und eine

Stelle des Halses beschränkt ist, weil alle antisyphilitischen Kuren keinen Erfolg auf den Prozefs gehabt haben; wohl aber sind die Stellen am Halse, die exstirpiert wurden, geheilt. Aufserdem zeigt der Patient Tuberculosis pulmonum.

5. Herr Isaac: Fall von **Impetigo oder Lues?** Die vorgestellte Patientin erkrankte kurz vor Weihnachten unter Fiebererscheinungen mit einem Knoten am Arm und der Affektion an der Stirn. Hier sieht man krustöse Efflorescenzen, die sich von der Stirn auf die Nase erstrecken und bis ins Innere der Nase hineingehen. Wenngleich ein Ulcus am rechten Labium besteht, so hält J. den Fall doch für eine groteske Form von Impetigo. Gegen Lues spreche der Umstand, dafs jede spezifische Kur fruchtlos war.

Diskussion über beide Fälle. Herr Joseph glaubt, dafs es sich im ersten Falle um ein tuberkulöses Syphilid und im zweiten um Framboësia syphilitica handelt.

Herr Heller hat im ersten Falle einen sehr glatten Zungengrund gefunden und möchte schon daraus auf Lues schliefsen.

Herr Lassar erwähnt, dafs grotesk gewachsene Papeln sich mit Krusten belegen und doch syphilitisch sein können.

Herr Isaac bemerkt, dafs er in beiden Fällen zuerst die Diagnose: Syphilis gestellt habe; als aber jede spezifische Kur versagte, mufste er seine Diagnosen ändern; im zweiten Falle hat sich übrigens die Affektion innerhalb 14 Tagen im Gesicht entwickelt.

6. Herr Ledermann: Über **Syphilis der Zunge** mit Krankenvorstellung. Die vorgestellte Patientin zeigt ein serpiginös-circinäres Syphilid der Zunge, welches grofse Ähnlichkeit mit der Lingua geographica hat. Letztere kommt aber nur bei Kindern vor, während dieses Syphilid sich während der Behandlung entwickelt hat.

Diskussion: Herr Rosenthal zweifelt nicht daran, dafs die betreffende Patientin syphilitisch ist, allein er hält die Affektion für eine Mischform von Lingua geographica mit Lues. Die Lingua geographica ist auch bei Kindern nicht beständig vorhanden, sondern sie schwindet und tritt, durch Reize bedingt, wieder auf; ebenso ist wohl in diesem Falle durch die Lues die Lingua geographica erzeugt.

Herr Lassar kann in diesem Falle nur einen exquisiten Fall von papulösem Syphilid der Zunge konstatieren, die Papeln sind linsen-, bis bohnen-, bis thalergrofs, allein er kann keine Lingua geographica finden.

Herr Ledermann kann Herrn Rosenthal nicht beipflichten, dafs es sich hier um Lingua geographica handle; vor einem halben Jahre hatte er bei der Patientin Plaques am Zungenrande beobachtet, und erst vor kurzer Zeit ist diese Affektion aufgetreten; dieselbe ist jetzt schon nach einer Schmierkur wesentlich zurückgegangen.

Herr Rosenthal behauptet, dafs man bei der Lingua geographica gerade eine papulöse Form mit deutlich erhabenem Rande konstatieren kann.

7. Herr Koch: Über einen **perniciösen Fall von akutem, disseminiertem Lupus erythematosus.** Der Fall, den K. beobachtet hat, betraf eine 18jährige junge Frau, die mit Kopfschmerzen und Efflorescenzen im Gesicht erkrankte. Vor dem Auftreten der Affektion im Gesicht will sie 14 Tage lang keinen Stuhlgang gehabt haben. Die Efflorescenzen waren dunkelrot, derb, infiltriert, scharf gegen die gesunde Haut absetzend. Die Ausbreitung war schmetterlingsartig. Bald darauf stellten sich auf beiden Handrücken zwei Papeln von dunkelblauroter Färbung ein, zwischen denen sich eine intrapapulöse Rötung befand. Die Partie war geschwollen, die Hände schmerzhaft, und die Patientin fing an zu fiebern. Die Patientin wurde deshalb im Moabiter Krankenhause aufgenommen, wo K. den Verlauf weiter beobachten konnte. Hier traten neue Schübe auf, so am Kinn und auf beiden Fufsrücken. Es zeigen sich hier Papeln mit erythematösen Efflorescenzen. Bald darauf zeigt sich dieselbe Affektion an

der Mamma und in den Palmae manus. Einige Zeit nachher nahmen die Infiltrationen ab, und damit Hand in Hand geht die Abnahme des Fiebers und der Schmerzen einher. Die Affektion an den Palmae manus sieht aus wie Erythema multiforme, allein der Vortragende kann sich nicht dafür entscheiden; denn sehr bald treten Schübe am Gaumen und am Pharynx auf, wo die betroffenen Gewebe diffus anschwellen. Etwas später kam es im Gesicht zu Pseudoerysipel, was nach KAPOSI gerade für Lupus spreche. Darauf bildeten sich an den affizierten Stellen Krusten und Borken, unter denen nach Entfernung derselben der Papillarkörper leicht blutend war; an vielen Stellen traten Ballen auf. Allmählich bildeten sich Exulcerationen an den affizierten Stellen, es begann Schwund des Papillarkörpers und des Coriums, so daſs schlieſslich am Fuſsrücken und an den Phalangen die Fascien und Muskeln zu Tage traten. Es zeigte sich stinkender Ausfluſs aus der Vagina, und am Halse konnte man starke Drüsenschwellungen, die sehr schmerzhaft waren, konstatieren. Hierzu gesellte sich wieder hohes Fieber, es stieg auf 39—40°; die Schmerzen wurden intensiver; die Patientin verweigerte die Nahrungsaufnahme; die Verbände konnten wegen der groſsen Schmerzen nur im Wasserbade verändert werden. Schlieſslich wurde die Patientin komatös, es trat eine Bronchopneumonie hinzu, und so erfolgte der Exitus. Der ganze Prozeſs hatte sechs Wochen gedauert.

Die Sektion ergab auſser der Bronchopneumonie einen Milztumor, leichte Trübungen und Verfettungen der Nieren, der Leber und des Herzmuskels. Die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Hautstellen zeigte eine sehr starke Exsudation und Transsudation der Haut, wodurch die Papillarkörper hervortraten. Das Corium war meistens ganz zerstört oder nur noch in geringem Grade vorhanden. Dazu kam eine Infiltration, die sich dem Verlaufe der Gefäſse nach hinzog. Auſserdem fand man Hämorrhagien im Corium, kurz alle Erscheinungen, wie sie von SCHÜTZ und LELOIR beim Lupus erythematosus beschrieben sind.

Was die Diagnose anbetrifft, so sprechen das Fieber, die Gelenkschmerzen, das Auftreten im Rachen, die annuläre Anordnung auch für multiformes Erythem, aber dieselben Erscheinungen, kommen auch beim Lupus vor, für welchen noch die Persistenz der einzelnen Efflorescenzen und die akute Transsudation der Gewebe spricht; letztere ist nach KAPOSI gerade für Lupus charakteristisch. Ebenso charakteristisch war für Lupus das Auftreten des Pseudoerysipels im Gesicht, ferner die Borkenbildung und die darunter entstandene Maceration des Epithels. In anderen Fällen kann es an solchen Stellen zur Narbenbildung und Heilung kommen, hier trat solche wegen der Schwäche und der schlechten Ernährungsverhältnisse der Patientin nicht mehr ein.

Was die Ätiologie anbetrifft, so glaubt der Vortragende, in diesem Falle an die hartnäckige Stuhlverstopfung denken zu müssen; 14 Tage lang hat die Patientin vor der Erkrankung keinen Stuhlgang gehabt, und auch später litt sie daran. Es kann demnach eine Autointoxikation vom Darm aus erfolgt sein, die sich schlieſslich auf der Haut lokalisiert hat.

Diskussion. Herr JOSEPH, der den Fall mit verfolgt hat, will nur kurz erwähnen, da er auf alle Punkte nicht eingehen kann, daſs er die Diagnose: Erythema exsudativum multiforme gestellt hatte. Die Abbildungen HEBRAS in seinem *Atlas* entsprechen ganz dem Bilde, das die Patientin darbot. Auch beim Erythem kommt es zu Exsudationen, und es giebt auch ein malignes Erythem. Maſsgebend für seine Diagnose wäre gerade das mikroskopische Bild gewesen, daſs nur die oberen Teile affiziert waren und nicht die tieferen. Auch in Bezug auf die Ätiologie kann er mit KOCH nicht übereinstimmen, der ganze Verlauf spricht für einen septischen Prozeſs.

Herr KOCH hält seine Diagnose aufrecht, da hier besonders die Neigung zu

Ulcerationen in den Vordergrund trat, wie sie beim Erythem selten vorkommen. Nur im Pharynx und harten Gaumen sieht man beim Erythem zeitweise Ulcerationen, die aber mit einer Restitutio ad integrum enden. Solche Ulcerationen, wie sie bei der Patientin vorhanden waren, die bis auf die Fascie und Muskulatur dringen, kommen beim Erythema nicht vor.

8. Diskussion über den Vortrag des Herrn Heller: **Über Thiol.** Herr Rosenthal hat zwar über das Thiol selbst keine Erfahrungen; da aber das Thiol mit dem Ichthyol ziemlich gleichwertig ist, so kann er nur seine Erfahrungen über letzteres mitteilen. Er hat solches beim trockenen Ekzem mit günstigem Erfolge angewandt. Innerlich hat er es bei Muskelrheumatismen und bei Gelenkschwellungen gegeben, und hat er auch dabei gute Resultate gesehen. Günstig wirkte das Ichthyol auch bei Pruritus ani et vulvae und bei chronischer Prostatitis.

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. November 1895.

(*Brit. Journ. of Derm.* Dezember 1895.)

Dr. C. Fox stellt vor: 1. Eine 54jährige Frau mit **Onychia aller Finger und Zehen.** Die Affektion begann vor elf Wochen, zuerst am kleinen Finger und dann am Daumen der linken Hand. In kurzer Aufeinanderfolge wurden die übrigen Finger befallen. Um dieselbe Zeit erkrankten auch die Zehen. Die Nägelphalangen waren bei der ersten Besichtigung gerötet, geschwollen, heifs und schmerzhaft und augenscheinlich der Sitz einer chronischen Entzündung. Die Nägel selbst zeigten bei dem Prozesse nur eine geringe Gewebsveränderung. Von Eiterung war keine Spur vorhanden. Die eigentliche Ursache des Leidens vermochte Vortragender nicht klarzustellen, da die Patientin weder an Syphilis noch an Skrophulose litt oder gelitten hatte. Wohl hatte sie viel ihre Hände beim Waschen gebraucht, aber sie arbeitete nicht barfufs. Ob die Affektion rein nervöser Natur ist, konnte nicht eruiert werden. 2. Einen 28jährigen Mann mit **Sklerodermie** in Form eines Bandes von gelblicher Farbe, das an der Innenfläche des unteren Drittels des linken Oberschenkels über das Kniegelenk hinweg zur Innenseite des linken Schienbeins sich erstreckte. Die Haut der ergriffenen Partie konnte nicht gefaltet werden und schien mit den darunterliegenden Geweben fest verwachsen zu sein.

Die Ursache ist unbekannt. Die Lokalisation entspricht bis zu einer gewissen Ausdehnung dem Bezirke des Nervus saphenus internus.

Dr. J. Galloway zeigt: 1. Einen **Fall von Lepra maculo-anaesthetica** bei einem 23jährigen Manne, aus Barbados gebürtig und von Negern teilweise abstammend. In Barbados hat er viel mit Leprösen zu thun gehabt, und datiert von jener Zeit der Anfang der Krankheit, der sich durch eine auffallende Mattigkeit in den Beinen fühlbar machte. Sein Allgemeinbefinden hat unter der fortschreitenden Anästhesie an den verschiedensten Körperstellen bis jetzt noch nicht sehr gelitten. 2. Einen **Fall von Elephantiasis der unteren Extremitäten.** Vortragender knüpft an die Vorstellung der 47jährigen, verheirateten Patientin die Frage, was wohl die Ursache der Elephantiasis sein könnte?

Dr. J. Hutchinson jun. zeigt einen **Fall von Doldentrauben-Syphiliden.** Der Patient hatte vor acht Monaten Syphilis acquiriert, sich aber erst in der letzten Zeit behandeln lassen. Gegenwärtig sieht man an ihm kopiöse lichenoide Syphilide von einer lebhaft rotbraunen Farbe. Die Gruppierung namentlich am Rücken ist ganz eigentümlich. Im Zentrum jeder Gruppe bemerkt man eine grofse braune Papel mit einer grofsen Zahl kleinerer rund herum. Es sind etwa ein Dutzend solcher in der Gröfse variierender Plaques vorhanden.

Alle Mitglieder stimmen darin überein, dafs es sich um eine sehr seltene Form von Syphiliden handle.

Dr. Perry zeigt einen **Fall von Hyperidrosis mit einer eigentümlichen Tylosis der Fufssohle.** Der 17jährige, früher stets gesunde Patient leidet an schweifsigen und kalten Händen und Füfsen. Frostbeulen und Rheumatismus hat er nie gehabt. Seine Hände sehen jetzt blau aus und fühlen sich kalt an, sind aber sonst normal. Seine Füfse sind blafs, feucht und ziemlich warm. Die Haut der Fufssohlen ist allgemein verdickt. Aufserdem sieht man an jedem Fufse, und zwar an der Innenseite über dem Os cuneiforme und an der Basis der ersten Metatarsalknochen, einen ovalen dunkelroten Fleck; die Haut hier ist dicker als normal, rauh, hat ein warzenartiges Aussehen und ist von einem schmalen roten Rande, der allmählich in die blasse umgebende Haut übergeht, begrenzt. Nicht weit von diesen beschriebenen Stellen entfernt bemerkt man einige flache Papeln, welche dem Ganzen das Aussehen eines papulösen Erythems verleihen. Ein anderer ovaler Fleck befindet sich genau unterhalb des rechten Malleolus externus, an einer Stelle, die nicht dem Drucke des Stiefels ausgesetzt ist. Dieser im ganzen kleinere Fleck unterscheidet sich von den gröfseren, dafs die Haut hier keine Verdickung zeigt. Der Patient giebt an, dafs auch die anderen wie dieser begann, der seinem Aussehen nach eine auffallende Ähnlichkeit mit einem Erythema multiforme hat. Der Fall erinnert an das von Brooke beschriebene Erythema keratodes.

Dr. M. Morris stellt vor: 1. Einen **Fall von Lichen planus in Verbindung mit Keratosis pilaris** bei einer 64jährigen Frau. Die Krankheit begann vor elf Jahren mit kleinen, purpurroten, stark juckenden Papeln und hat seitdem an Ausdehnung langsam zugenommen, dagegen hat sich das Jucken in der letzten Zeit sehr vermindert. Bei der ersten Besichtigung war der Krankheitsprozefs vergesellschaftet mit vergröfserten Haarfollikeln, die eine Keratosis pilaris darboten, aber seitdem sind die Haarfollikel vielfach konfluiert und bilden rauhe warzenähnliche Plaques von violetter Farbe. Sie liegen hauptsächlich an der Vorderfläche der Beine, $2^1/_2$ Zoll unterhalb der Tuberositas tibiae. 2. Einen 16jährigen Knaben, den Sohn der Vorigen, mit genau demselben Zustand. Die Papeln sind hier zum gröfsten Teile mit Haarfollikeln in Konnex, andere zeigen einen solchen Zusammenhang nicht und sind charakteristische, flache, durchscheinende Papeln von Lichen planus. 3. Einen **Fall von Lupus vulgaris, behandelt mit Thyreoidextrakt.** Der Patient war ein 23jähriger Mann, bei welchem die Krankheit im Alter von $5^1/_2$ Jahren begann und seitdem ausgedehnte Verwüstungen an Nase, Wangen, Hals angerichtet hat. Im April 1894, zu einer Zeit, als die Krankheit rapide Fortschritte machte, wurde die Thyreoidbehandlung eingeleitet. Der Patient erhielt 1—5 Tabletten täglich; lokal kam nur eine schwach antiseptische Salbe in Anwendung. Nunmehr sind alle Ulcerationen abgeheilt. Im Anfang ertrug der Patient das Mittel nicht gut. Er hatte beschleunigten Puls, etwas Fieber und litt an Appetitlosigkeit. Später ist das Allgemeinbefinden durch das Mittel nicht mehr beeinflufst worden. 4. Eine 44jährige Frau mit ausgedehntem **Panzerkrebs der Mamma.** Die Krankheit begann vor vier Monaten mit einer Härte in der Haut der rechten Brust über der Brustwarze. Die Induration breitete sich rapide gegen die rechte Achselhöhle hin. Die Drüsen waren vergröfsert. Während der letzten sechs Wochen hat sich die Krankheit über die ganze Brust, das Sternum, die linke Brustdrüse aus abwärts auf das Abdomen ausgedehnt. 5. Einen **Fall zur Diagnose.** Der 27jährige Patient zeigt seit etwa vier Jahren symmetrische, cirkulär erkrankte Stellen an den Streckseiten beider Arme und ähnliche Läsionen an dem oberen Teil des rechten Oberschenkels, in der linken Flanke und in der Sternalgegend. Die Krankheit besteht seit dem vierten Lebensjahre der Patientin.

Die Plaques haben einen erhabenen schuppigen Rand, der sich zentrifugal ausbreitet, während das Zentrum sich in dünne, atrophische Narben verwandelt, ohne daſs eine Ulceration vorangeht. Der Fall ist von hervorragenden, deutschen Dermatologen als Psoriasis erklärt worden. Die Ansichten bezüglich der Diagnose schwanken zwischen atrophischem Lichen planus und einer Form von Lupus erythematosus. Vortragender selbst möchte den Fall als eine sehr oberflächliche Form von Lupus vulgaris ansprechen. 6. Zwei junge Kinder derselben Familie mit zahllosen **Komedonen** innerhalb der Ohrmuscheln, während die gewöhnlichen Lieblingsstellen der Komedonen bei Kindern frei geblieben sind.

Dr. R. Crocker stellt vor: 1. Einen **Fall von seit 35 Jahren bestehenden Nagelgeschwüren**. Bei der 51jährigen Patientin waren von Nagelgeschwüren der rechte Zeigefinger und der linke Daumen fast beständig während 35 Jahren befallen. Die Geschwüre sind schmerzhaft; die Endphalangen der ergriffenen Finger erscheinen etwas deformiert. C. hält die Affektion nicht für Morvansche Krankheit, glaubt vielmehr, daſs die Geschwüre durch eine persistierende Infektion mit Eiterkokken unterhalten würden. Er hoffe, durch Entfernung der Nägel und gründliche Desinfizierung der Gewebe vollständige Heilung zu erzielen. 2. Einen **Fall von persistierender Dermatitis exfoliativa** bei einem 21jährigen Manne, der sich auf die unteren Partien der Beine beschränkt. Die Affektion sieht einem Pemphigus foliaceus auſserordentlich ähnlich. 3. Einen 12jährigen Knaben mit einem schwachen **Recidiv von epidemischer Dermatitis exfoliativa**. Der Knabe hatte schon früher nach den Angaben des Hausarztes eine akute Dermatitis exfoliativa gehabt, von welcher Affektion gleichzeitig auch Vater, Mutter und drei Geschwister ergriffen worden waren. Die Quelle der Infektion konnte nicht nachgewiesen werden. *C. Berliner-Aachen.*

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 21. Mai 1895.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* November 1895.)

Vorsitzender: Dr. Klotz.

Dr. Allen stellte einen **Fall zur Diagnose** vor. Der Patient, ein 76jähriger Arzt, bekam vor zwei Monaten einen Furunkel am Abdomen, ein ähnliches Knötchen an der Schulter und eins an der Oberlippe. Die beiden ersteren heilten unter einer einfachen Behandlung ab, während das letzte hartnäckig bestehen blieb, ja an Gröſse zunahm. Die mikroskopische Untersuchung eines Stückchens der Geschwulst hat ergeben, daſs eine ausgesprochene Proliferation der oberflächlichen Epithelialschichten vorliege, daſs dieselbe sich jedoch nicht in die tieferen Hautschichten erstrecke. Vortragender rät zur Entfernung, weil selbst im Falle die Geschwulst jetzt gutartig sei, nicht ausgeschlossen ist, daſs sie später nicht bösartig werde.

Die Ansichten der Mitglieder über die Diagnose des Falles schwanken zwischen Epithelioma und Syphilis.

Dr. Lustgarten spricht über einen **Fall von Syphilis und Lupus**, als ein Beispiel von Mischinfektion. Die junge Frau hatte vor fünf Jahren eine Ulceration im Rachen, welche die Uvula und einen Teil des weichen Gaumens zerstörte. Vor zwei Jahren wurde die Nasenspitze von dem Ulcerationsprozesse vernichtet, ebenso ein Teil des Septum narium. Vortragender habe Syphilis angenommen, aber eine Anzahl von weichen fungösen Wucherungen scheinen lupöser Natur zu sein. Dieselben seien durch eine energische antiluetische Kur nicht beeinfluſst worden, während der Ulcerationsprozeſs zum Stillstand gebracht werden konnte.

Dr. Allen giebt zu, daſs Fälle mit solcher Kombination vorkämen.

Dr. JACKSON sagt, er habe den Patienten früher gesehen und Syphilis diagnosticiert. Lupusknötchen seien damals nicht vorhanden gewesen. Während der Patient in Behandlung stand, hätte sich ein sehr schönes Bild von syphilitischer Framboesie entwickelt. Die mikroskopische Untersuchung habe keinerlei Anhaltspunkte für Tuberkulose ergeben.

Dr. LUSTGARTEN meint, Tuberkelbacillen fänden sich in lupösen Sekreten oder selbst in Schnitten nur selten.

Dr. BRONSON berichtet über einen **Fall von Lupus und Syphilis.** Die Patientin ist ein 18jähriges Mädchen, welches seit zwölf Jahren Ulcerationen im Gesicht hat. Eine tiefe Ulceration befindet sich an der Nase und eine zweite an der Innenseite der Wange. Grofse bräunliche Efflorescenzen sieht man an der Ober- und Unterlippe und ausgedehnte Ulcerationen im Rachen. Letztere bestehen schon viele Jahre. An den Armen befinden sich zahlreiche Narben, an welchen früher Efflorescenzen zu sehen waren. Das Mädchen zeigt sonst keine Symptome, welche an eine ererbte oder acquirierte Syphilis erinnerte. Vortragender glaubt, dafs in dem Falle gleichzeitig Elemente der Syphilis und des Lupus wirksam zu sein scheinen.

Dr. CUTLER zeigt einen **Fall von Dermatitis herpetiformis** bei einem 46jährigen Manne. Derselbe hat niemals eine venerische Krankheit gehabt und befand sich bis vor acht Jahren ganz wohl. Um diese Zeit zeigte sich auf dem Rücken eine Gruppe von Bläschen, welche juckten und etwa einen Monat anhielten. Nach einigen Monaten kamen sie wieder, dauerten länger und ergriffen das Gesicht, den Hals, die Arme. Seitdem hat der Patient verschiedene Attaken gehabt, deren Intervalle stetig kürzer geworden sind. Gegenwärtig zeigt der Mann Gruppen von Bläschen in allen Stadien der Entwickelung auf der Brust, an Armen, Hals, Gesicht und einige am Oberschenkel. Der Patient leidet an einer Lebercirrhose und ist in der letzten Zeit stark abgemagert und schwach geworden.

Dr. FOX, LUSTGARTEN, ALLEN sind mit der Diagnose einverstanden.

Den Schlufs der Sitzung bilden Mitteilungen über früher besprochene Fälle.

C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band III. Heft 1. 1896.

I. **Beitrag zur Geschichte der Lues**, von R. VIRCHOW-Berlin. (Vortrag, gehalten in der Berliner dermatologischen Vereinigung am 12. November 1895. Vergl. Referat in dieser Zeitschrift. Band XXI. S. 634.)

II. **Über die inneren Metastasen der Blennorrhoe**, von E. LEYDEN-Berlin. (Vortrag ibidem. Vergl. Referat in dieser Zeitschrift. Band XXI. S. 635.)

III. **Der Aussatz einst und jetzt**, von KARL DEHIO-Dorpat. Unter den endemischen Seuchen ist eine der ältesten der Aussatz oder die Lepra. Das, was jedoch im Altertum als Aussatz bezeichnet wurde, ist nicht völlig gleichbedeutend mit dem, was wir heutigentags unter dieser Krankheit verstehen. Der Aussatz des Altertums ist eine Art Sammelbegriff, unter welchem man eine grofse Anzahl von Krankheiten zusammenfafste, die nur das eine gemeinsam hatten, dafs sie zu deutlichen, anhaltenden Veränderungen auf der äufseren Haut führten. Die Ansicht, dafs der Aussatz oder die Zaraath der Bibel (2. und 5. Buch Mose) die heutige Lepra sei, ist nach den

gründlichen und ausgezeichneten Forschungen von Prof. MÜNCH in Kiew eine irrige. Letzterer hat nachgewiesen, dafs die Beschreibung der Zaraath in den mosaischen Gesetzbüchern besser für zwei andere, auch heute noch wohlbekannte Hautkrankheiten paſst, die aber mit der Lepra nichts zu thun haben, nämlich für die Vitiligo und den Herpes tonsurans. Wenn Leute, mit diesen an sich ja harmlosen Krankheiten behaftet, nach dem Gesetze aus der Volksgemeinschaft ausgeschlossen wurden, so beruht dies auf einer uralten, orientalischen Volksanschauung, nach welcher beispielsweise die Vitiligoflecke als Brandmarkungen für die Gesetzesübertretungen angesehen wurden. Derartig von Gott Gezeichnete erregten Abscheu und Schrecken und wurden aus dem Volksverbande ausgestoſsen. Noch heute herrscht in der turkestanischen Steppe derselbe religiöse Gebrauch. Die Lepra und die Vitiligo ziehen bei den Turkmenen die Aussetzung der Erkrankten nach sich und werden daher mit Recht als Aussatzkrankheiten bezeichnet.

Dafs den Juden des Altertums die Lepra bekannt gewesen sei, dafür macht wenigstens das alte Testament auch nicht die entferntesten Andeutungen. Darum ist die Möglichkeit noch nicht ausgeschlossen, dafs die Lepra im mosaischen Zeitalter existiert hat und auch unter den Juden vorgekommen ist.

Alle späteren Schriftsteller bezeichnen Ägypten als die älteste Heimat des Aussatzes, und man kann vermuten, dafs die Juden bei ihrem Auszuge die Seuche nach Palästina verschleppt haben.

Ebenso alt mag die Lepra in Indien und China sein. Die Griechen scheinen die Lepra in den letzten Jahrhunderten vor Christi Geburt gekannt zu haben. Was das römische Reich betrifft, so lassen die Quellen der römischen Kaiserzeit mit einiger Sicherheit entnehmen, dafs der Aussatz im letzten Jahrhundert vor Christo in Rom und den italienischen Provinzen nicht zu den Seltenheiten gehört hat.

Besonderen Isolierungs- und Pflegeanstalten für Aussätzige — Leprosorien — begegnet man zuerst im 8. und 9. Jahrhundert im Frankenreich, in den folgenden Jahrhunderten auch in Italien, Spanien, England, den Niederlanden, Norwegen und der Schweiz, woraus man entnehmen kann, dafs die Seuche stetig an Ausdehnung und Häufigkeit gewonnen haben mufs.

Vom 12. bis 16. Jahrhundert bildete die Lepra eine gräfsliche Plage in Europa. In Deutschland und der Schweiz heifst sie vielfach „Maalzei“ oder „Miselsucht“, und die Bezeichnung der Leprösen als „Sondersieche“ weist darauf hin, dafs dieselben vom allgemeinen Verkehr abgesondert wurden.

Wahrscheinlich infolge der allgemeinen Besserung der Lebensverhältnisse und der energischen, direkten, staatlichen Vorbeugungsmafsregeln beginnt vom 16. Jahrhundert an der Aussatz seltener zu werden, bis er am Ende des 17. Jahrhunderts für ausgestorben galt und sowohl dem Gedächtnis des Volkes, wie der Kenntnis der Ärzte entschwand.

Im ganzen Mittelalter hat die Volkserfahrung die Lepra für eine ansteckende Krankheit gehalten. Aus dieser Anschauung sind Gesetze hervorgegangen, welche in allen Staaten des Mittelalters gegen den Aussatz erlassen wurden. Die Strenge und die Härte der Mafsregeln gegen die Leprösen zeigt deutlich, wie grofs der Schrecken und der Abscheu des Volkes vor der unheimlichen Seuche war; gleichzeitig beweist der Erfolg, dafs die Absonderung und Isolierung der Kranken das beste Mittel gegen die Ausbreitung der Krankheit war und ist.

Verfasser beschreibt im folgenden einige dieser strengen Mafsnahmen, wie sie im Mittelalter gegen die Leprösen üblich waren. Das Eherecht derselben wurde bedeutend eingeengt. Der Ausschlufs der Aussätzigen aus der Gesellschaft wurde mit einem religiösen Trauerceremoniell vollzogen, wie wenn es sich um einen Toten ge-

handelt hätte. Der Aussätzige wurde in ein schwarzes Tuch gehüllt und in feierlichem Zuge unter Absingung von Sterbeliedern aus seiner Wohnung in die Kirche geleitet, mufste auf einem schwarz beschlagenen Katafalk und die Trauermesse, die für ihn abgehalten wurde, mit anhören. Beim Verlassen der Kirche nahm der Geistliche vom Kirchhofe eine Schaufel Erde und schüttete sie dem Unglücklichen über das Haupt mit den Worten: „mon ami, c'est signe que tu es mort quant au monde et que tu aies patience en toi". Unter Grabgesängen wurde der Kranke sodann in das Haus der Aussätzigen geleitet. So geschah es in Frankreich. In späteren Zeiten wurde diese grausame Totenfeier durch eine gewöhnliche Frühmesse ersetzt.

In Rufsland hat die Lepra im Mittelalter ebenso geherrscht, wie im übrigen Europa. Es ist sehr wahrscheinlich, dafs sie zu Anfang des 13. Jahrhunderts durch die Kreuzpilger und deutschen Einwanderer in die heutigen Provinzen Esth-, Liv- und Kurland eingeschleppt worden ist. Mit der Niederlassung der Ordensbrüder war meistens auch die Gründung von Hospitälern verbunden, in welchen auch Leprösе untergebracht wurden.

Die Details über die Gründung von Leproserien mit besonderer Berücksichtigung der Ostseeprovinzen werden vom Verfasser an der Hand der vorhandenen Quellen im folgenden mitgeteilt: Die Ausbreitung der Lepra im übrigen Rufsland, Norwegen, in anderen Erdteilen, ferner die Mafsnahmen gegen die Seuche, die Ergebnisse der Forschungen nach der Ätiologie der Krankheit, der Einfluſs des Klimas auf die Entstehung derselben, die therapeutischen Erfolge und Mifserfolge bei der Behandlung der Lepra, die Frage bezüglich der Kontagiosität und Heredität werden eingehend unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur besprochen.

IV. **Über die Lepra**, von O. Lassar-Berlin. Verfasser erörtert in der vorliegenden Arbeit die Frage, welche Stellung haben wir heute als Ärzte und Hygieniker der Verbreitung der Lepra gegenüber einzunehmen? Der endemische Charakter des Leidens ist nachgewiesen, ebensosicher steht fest, dafs es in Europa heute noch Lepraherde giebt, von denen einige, wie in den Ostseeprovinzen, an Ausdehnung in erschreckender Weise zugenommen haben. Auf die benachbarte preufsische Provinz scheint dies nicht ohne Einfluſs gewesen zu sein, da man jüngst einer Lepraeruption im Memeler Kreise auf die Spur gekommen ist. Die Steigerung des Verkehrs und die Erleichterung der Verkehrsmittel begünstigen aufserordentlich die Verschleppung der Krankheit. Hinzu kommt, dafs Leprapatienten aus aller Herren Länder, durch vorübergehende Heilerfolge angelockt, nach den Hauptstätten der medizinischen Wissenschaft wandern, um sich heilen zu lassen. Manche ziehen nach kürzerer oder längerer Zeit enttäuscht wieder ab, andere verbleiben unter der Bevölkerung, nehmen irgendwo Quartier, ohne dafs die Nachbarn, mit denen sie in Verkehr kommen, eine Ahnung davon haben, dafs sie es mit Leprösen zu thun haben. Diese bilden auf diese Weise eine drohende Gefahr für die Zukunft. Verfasser hat es sich deshalb angelegen sein lassen, auf diese Gefahr die zuständigen Behörden aufmerksam zu machen und zu prophylaktischen Mafsnahmen anzuregen. Er hält es auch im Interesse einer wirksamen Prophylaxis für notwendig, dafs die praktischen Ärzte, die nur selten Leprakranke zu Gesichte bekommen, sich eine genügende Anschauung verschaffen, wie denn eigentlich ein Lepröser aussieht. Zu diesem Zwecke hat Verfasser mit dem Präsidenten der „Baltischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland und Esthland", Herrn Prof. Dehio in Dorpat, die Verabredung getroffen, dafs naturgetreue Abdrücke, resp. Moulages der in den baltischen Leproserien Muhly bei Dorpat und Nennal am Paispus-See befindlichen Patienten hergestellt werden dürften. Jedes Präparat wird in zwei Exemplaren angefertigt, wovon eins im Besitze der baltischen

Gesellschaft bleibt, das andere in die Sammlung des Verfassers kommt. Auf diese Weise hat derselbe Abdrücke der verschiedensten Formen und Stadien gesammelt und sie den Kollegen zu Studienzwecken zur Verfügung gestellt.

V. **Über Erythema bullosum**, von E. WERMANN - Dresden. Der 40jährige, sonst kräftige und stark gebaute Patient erkrankte Ende Oktober 1893 unter mäfsigen Fiebererscheinungen und leichten Störungen des Allgemeinbefindens. An beiden Handrücken und den benachbarten Partien der Vorderarme traten symmetrisch kleine, rote, etwas brennende Flecken auf, an deren Stelle nach wenigen Tagen zuerst kleine, stecknadelkopfgrofse, bald aber bis zu Erbsengröfse sich vergröfsernde Blasen auf. In kurzer Aufeinanderfolge wurden in derselben Weise die Streckfläche der Vorderarme, die Umgebung der Ellenbogengelenke, die Kniegegend, die Knöchel, schliefslich Fufsrücken, Leistengegend, Scrotum, Hals- und Nackengegend befallen. Einzelne Blasen erreichten jetzt Wallnufs-, ja Hühnereigröfse. Die Affektion ist genau symmetrisch auf beide Körperhälften verteilt. Der Inhalt der Blasen ist hell, trübt sich später, an einzelnen Stellen war er blutig. Die Blasendecke ist stellenweise geborsten und mit dem Inhalt zu einer Kruste eingetrocknet. Dies letztere ist zumeist der Verlauf der Blasen. Die Epidermis regeneriert sich gewöhnlich unter der Borke. Das Aufschiefsen frischer Blasen nimmt nach und nach ab. Innerhalb sechs Wochen ist der ganze Prozefs abgelaufen und der Patient wieder geheilt. Im Herbste 1894 hatte er ein Recidiv, das mild verlief, im Frühjahr 1895 ein zweites, das einen kürzeren und milderen Verlauf nahm.

Verfasser bespricht die Diagnose und Differentialdiagnose an der Hand analoger, in der Litteratur veröffentlichter Fälle.

VI. **Zur Kenntnis der sog. Pityriasis alba atrophicans (JADASSOHN)**, von R. KRÖSING-Stettin. Das Leiden begann bei dem 44jährigen Patienten vor 31 Jahren in der Gegend des linken Fufsgelenkes mit einer trockenen, schuppenden, blassen Flechte, die ihm weniger Jucken als Brennen verursachte. Nach und nach, aber aufserordentlich langsam, kroch diese trockene Abschuppung das ganze linke Bein bis zur Leistenbeuge hinauf. Die Haut schien normal, bis auf die Schuppen, die der Patient regelmäfsig in kleiner Menge am Morgen im Bett, abends im Strumpfe vorfand. Nach ca. zehn Jahren begann in derselben Reihenfolge, also vom Fufs- zum Kniegelenk fortschreitend, die bis dahin schuppende Haut sich zu verdünnen und zu schrumpfen, so dafs der Patient seitdem unter einer unangenehmen Spannung zu leiden hat. Vor ca. acht Jahren begann dasselbe Leiden am rechten Bein. Auch hier wurde die Haut über dem Fufsgelenk zuerst ergriffen.

Verfasser beschreibt ausführlich den Status praesens, der das Bild einer mit Atrophie der Haut einhergehenden kleienförmigen Pityriasis ergiebt.

Das Allgemeinbefinden des Patienten ist nicht gestört. Die Sensibilität ist überall normal.

Die Behandlung bestand in täglichen warmen und protrahierten Bädern ohne irgend einen Zusatz und Einreibung einer 5%igen Salicyl - Vaselinsalbe früh und abends. Dadurch liefs die Spannung wesentlich nach. Die Schuppen lösten sich überall ab, um bei Unterbrechung der Behandlung in der früheren Form wieder zu erscheinen.

Verfasser bespricht die Differentialdiagnose des Falles.

Die histologische Untersuchung excidierter Hautstückchen berechtigten zu dem Schlusse, dafs es sich nicht um eine entzündliche Pityriasis im vorliegenden Falle handelt, wogegen der zu geringfügige Zellenreichtum der Cutis, der Beginn der Erkrankung, das fast völlige Fehlen durchwandernder Leukocyten im Epithel und der Mangel an Pigment im Corium in allen Stadien der Erkrankung sprechen. Man wird

vielmehr an eine primäre Epidermidose mit abnorm starker Bildung und Abstoſsung von Hornzellen zu denken haben, die auf Kosten des Rete Malpighii erfolgt, derart, daſs sich letzteres gleichmäſsig verdünnt, atrophiert. Es handelt sich also nicht um eine gesteigerte Proliferation von Epithelzellen, was aus den sehr spärlichen Mitosen im Stratum mucosum hervorgeht, sondern nur um eine zu schnelle Verhornung der oberen Zellenlagen. Dieselbe weist auf eine allgemeine Ursache hin, die jedoch nicht zu eruieren ist. Die Atrophie der Oberhaut erstreckt sich nicht nur auf den Dickendurchmesser derselben, sondern auch auf die Flächenausdehnung in gleicher Weise, daher klinisch die Verkürzung und Spannung. Die Atrophie der Cutis und des subkutanen Bindegewebes ist die Folge der ersteren und durch Druck der zu kurzen Epidermis auf die Unterlage zu erklären. Die im Stadium der entwickelten Atrophie der Cutis in dieser sichtbaren reichlichen Zellanhäufungen sind wohl nur die Folge äuſserer Läsionen (Rhagaden).

VII. **Über die Beziehungen der Filamenta urethralia zur chronischen Blennorrhoe**, von O. Käufer-Berlin. Verfasser hat auf Veranlassung von Prof. Lassar eine Reihe von Fällen, besonders chronischer Blennorrhoe, in Bezug auf das Vorhandensein oder Fehlen von Gonokokken in den Filamenten geprüft. Es wurden 50 Fälle von subakuter und chronischer Blennorrhoe, meist aus der Poliklinik stammend, eingehend und gründlich, womöglich an mehreren Präparaten untersucht. Was die Strukturverhältnisse der Filamente betrifft, so ergaben die Untersuchungen im allgemeinen eine ziemliche Übereinstimmung mit den von Fürbringer und Gabriel erhaltenen Resultaten. Das Gesamtergebnis war, daſs die Filamente im Harn der chronischen Blennorrhoe verhältnismäſsig selten bakterienfrei sind, manchmal auch bei einmaliger mikroskopischer Untersuchung nachweisbare Gonokokken, in weitaus der Mehrzahl der Fälle aber Bakterien verschiedener Art beherbergen und darum das Interesse des praktischen Arztes in weit höherem Maſse verdienen, als dies seither der Fall war. Wenn auch nicht jeder Fall von chronischem Tripper, dessen einziges Symptom die Filamente bilden, infektiös sein muſs, so besteht doch immerhin eine verhältnismäſsig groſse Gefahr der Übertragung dieser Krankheit, die der Arzt eher über- als unterschätzen sollte.

In Lassars Poliklinik werden sämtliche an chronischer Blennorrhoe leidende Patienten mit Bougies, resp. lokal applizierten Instillationen von Höllensteinlösungen behandelt. Man beginnt mit den niedrigen Nummern der weichen Bougies, steigt allmählich zu höheren Nummern empor, wendet alsdann gerade starre Metallbougies und endliche gekrümmte, biegsame Bleibougies an, indem man immer die nächsthöhere Nummer folgen läſst, wenn die vorhergehende sich leicht einführen lieſs. So gelingt es, die meisten Patienten in etwa 3—4 Monaten vollkommen zu heilen, so daſs ihr Urin keine Fäden mehr aufweist. Manche Fälle bieten auch dieser Therapie noch länger Trotz; zumeist sind es solche Patienten, deren diätetisches und hygienisches Verhalten kein für die Heilung günstiges ist. Eine tabellarische Zusammenstellung der untersuchten Fälle beschlieſst die Arbeit.

VIII. **Über Lebersyphilis**, von M. Litten - Berlin. (Vortrag, gehalten in der Berliner dermatologischen Vereinigung am 3. Dezember 1895. Vergl. Referat in dieser Zeitschrift Bd. XXII. pag. 143.) *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1895. No. 12.

1. **Eine neue Art von Incontinentia urinae**, von Albarran. Die vom Verfasser aufgestellte merkwürdige Art von Incontinentia urinae ist die Folge eines Entwickelungsfehlers im inneren Geschlechtsapparate junger

Mädchen. Der zuerst beobachtete Fall wird genau beschrieben. Der Anamnese sei folgendes entnommen: Ein 19jähriges, schlecht entwickeltes Mädchen, im Nervensystem erblich schwer belastet, litt schon seit sechs Jahren an völliger Incontinentia urinae. Dieser gegenüber waren alle üblichen Heilungsmethoden fruchtlos gewesen. Das Leiden war zuerst mit dem Eintreten der Menses zum Vorschein gekommen, zeigte jetzt dadurch sich besonders auffällig, dafs es nur eintrat, wenn die Kranke aufrecht stand, dagegen nicht eintrat, sobald die Patientin die horizontale Lage einnahm. Ein solcher Befund fehlt aber bei allen sonst beobachteten Formen von Incontinentia urinae.

Die kombinierte Untersuchung ergab ein auffälliges Resultat: es fehlte der vordere Scheiden-Blindsack; die straff gespannte vordere Scheidenwand setzte sich direkt an der vorderen Lippe des Collum uteri an, dagegen war der hintere Scheiden-Blindsack wohl entwickelt, ein kleiner, fast kegelartiger Gebärmutterhals war zu konstatieren. Uterus normal, ebenso das linke Ovarium der Lage nach, während das rechte der vorderen Scheidenwand näher als sonst lag.

Einen wichtigen Befund ergab die Cystoskopie.

Die Blasenschleimhaut war gesund, aber 1 cm hinter dem Musculus interureteralis sah man einen Wulst in das Innere der Blasenhöhlung vorspringen, weiter jedoch bot die innere Oberfläche der Blase eine Vertiefung dar, an der Stelle, wo normalerweise die Oberfläche eben ist. Es war keine Blasenzelle, sondern eine regelmäfsige Vertiefung aller Blasenwände.

Nach dieser Untersuchung nahm Albarran als zweckmäfsige Erklärung folgendes an: abnorme Adhäsionen verbinden die Blase mit demjenigen Organe, welches mit dem vertieften Teile der hinteren Blasenwand direkt in Beziehung steht, nämlich dem Uterus; es liegt also eine Mifsbildung des inneren Geschlechtsapparates vor; die drei Fakta: Vertiefung in der Blase, Fehlen des vorderen vaginalen Blindsackes, die abnorme Lage des rechten Ovariums, geben die Beweispunkte ab.

Durch die Annahme einer solchen abnormen Adhäsion zwischen Uterus und Blase läfst sich auch die Art und Weise erklären, in welcher die Kranke ihren Harn verliert. Liegt nämlich die Patientin, so folgt der Uterus seiner Schwere, tritt nach hinten und zieht dann mit sich die hintere Wand der Blase, welche seiner Vorderfläche fest anliegt, dann ergiebt sich die cystoskopisch nachgewiesene Vertiefung. Steht dagegen die Kranke, so tritt der Uterus nach vorn, zieht stark die hintere Blasenwand mit sich und hält so den Blasen-Harnröhren-Sphinkter klaffend; der Urin dringt heraus.

Auch der Umstand, dafs mit dem Eintritt der Menstruation zuerst die Incontinentia auftrat, sprach für Albarrans Annahme; die Kongestion zur Zeit der Periode erhöht ja die Schwere des Uterus.

Indem nun Albarran annahm: die am Tage auftretende Incontinentia urinae beruht auf einer abnormen Adhäsion zwischen Uterus und Blase — gründete er darauf seinen Heilplan. Dieser bestand in der Loslösung des Uterus von der Blase, Bildung eines vorderen vaginalen Blindsackes; der ganze chirurgisch so gebildete Raum zwischen Blase und Uterus wurde mit Jodoformgaze ausgestopft. Der Erfolg zeigte die Richtigkeit der Diagnose. Vierzehn Tage nach der Operation konnte die Patientin bereits stehen und sitzen, ohne Harn zu verlieren, durch Hinzufügung der Elektrisation wurde völlige Heilung erzielt. Cystoskopisch wurde später das Verschwinden der abormen Vertiefung festgestellt.

Am Schlusse der Arbeit spricht Albarran den Wunsch aus, man möge sorgfältiger als bisher auf Mifsbildungen im Harn-Geschlechtsapparat achten, erwähnt als weiteres Beispiel in dieser Hinsicht, dafs er bei einem wegen Cystocele

vaginalis vorgenommenen Colporrhaphia anterior im Niveau der Cystocele ein vollständiges Fehlen der vaginalen und vesikalen Muscularis konstatierte; die beiden Schleimhäute lehnten sich direkt aneinander an. Auch hier bestand hochgradige Incontinentia urinae.

II. **Über die perineale Drainage der Blase in hartnäckigen Fällen von Blasenentzündung**, von Leguеu. (Klinik Guyons.) Bekanntlich giebt es Formen von Cystitis, welche den allgemein üblichen Behandlungsarten trotzen, in solchen wurde zuletzt zum hohen Blasenschnitt gegriffen. Aber öfters hat sich auch nach der Sectia alta das alte Übel mit allen seinen schrecklichen Zeichen wiedereingestellt, besonders, nachdem sich die Fistel geschlossen hatte.

Nachdem nun Guyon bei hartnäckigen Cystitiden der Frauen mittelst der durch die Harnröhre hindurch ausgeführten Auskratzung der Blase gute Erfolge erzielt hatte, beschloſs er, die gleiche Affektion beim Manne durch dieselbe Operation vom Damme aus zu bekämpfen. Er öffnet also durch den Perinealschnitt die Blase, kratzt dieselbe aus und legt durch die Dammwunde einen Verweilkatheter als gründliche Drainage an. Der betreffende Katheter hat lange zu bleiben, bis zu sechs Wochen; die Fistel darf sich nicht zu früh schlieſsen.

In eben dieser Weise hat nun Leguеu drei schwere Fälle von Cystitis mit ausgezeichnetem Erfolge operiert; die Beobachtungszeit nach der Operation ist genügend lang, da seit derselben ein Jahr, resp. sechs Monate, resp. drei Monate verflossen sind. Alle drei Patienten hatten vorher nicht nur die gewöhnlichen Behandlungsarten, sondern auch die Sectio alta durchgemacht, ohne mehr als vorübergehende Besserung zu erzielen. Namentlich bietet die Krankengeschichte des ersten Patienten, eines 37jährigen Mannes, ein lebhaftes Interesse. Durch Lithotripsie, Sectio alta und zweimalige Boutonnière war er wohl von mehreren Steinen, aber nicht von seiner fürchterlichen Cystitis befreit worden. Er muſste 80—100 Male täglich urinieren, seine Blase faſste nur mehr 10 g Flüssigkeit. Durch die Eröffnung der Blase vom Damm aus und angefügte Auskratzung und wochenlang dauernde Drainage wurde er so weit hergestellt, daſs er nur mehr dreimal täglich zu urinieren hat; der Urin ist klar, Schmerzen fehlen. Bei der Operation zeigte sich im Niveau der hinteren Harnröhre vor dem Blasenhals eine drei Querfinger weite trichterförmige Aushöhlung, in welcher offenbar alle Instrumente ein Halt erfahren hatten, so daſs sie die Blase gar nicht erreichten. Nur die perineale Operation konnte eine solche Abnormität aufdecken.

Leguеu will die perineale Operation nicht für alle schweren Cystitiden anpreisen, empfiehlt sie aber für besonders hartnäckige. Nach seiner Ansicht sei wohl die günstige Wirkung der Auskratzung nicht zu erkennen, aber den Hauptnutzen erblickt er in der lange dauernden Drainage. Die unten geöffnete Blase brauche sich nicht mehr zusammenzuziehen, da der Harn leicht durch den Katheter abflieſse, diese regelmäſsige Entleerung erleichtere die Desinfektion des Inneren und beruhige das kranke Organ; so erkläre sich die unmittelbare Besserung, die dann auch bleibe.

III. **Ein neues Urethrotom**, von Bulhoes. Die Urethrotomia interna hält Verfasser für einen rationellen Eingriff bei Strikturen, jedoch findet er die verschiedenen Urethrome, einschlieſslich des Maisonneuveschen für unzweckmäſsig. Die Nachteile des zuletzt genannten Instruments seien folgende: Die Klinge desselben durchlaufe einen mehr oder weniger groſsen Teil der gesunden Harnröhre, bevor sie die oft nur in einem einfachen narbigen Bande oder einer kleinen Sklerose bestehende Striktur einschneide. Dabei entstünden durch die an zwei Rändern bloſse Klinge kleine unnötige Einschnitte, Blutungen, später infolge derselben Verengerungen, wahrscheinlich aber immer kleine Infektionsherde. Diese Miſsstände will Verfasser durch ein neues

Urethrotom vermeiden, das er bei Collin in Paris fertigen liefs. Das Instrument besteht in einer konischen Metallsonde vom Kaliber 18 (fil. Charrière) und trägt an seinem dünnen Ende einen Schraubengang, an welchem man die gewöhnliche Leitsonde anschraubt. Auf der konkaven Seite der Sonde befindet sich eine Rinne, welche etwas mehr als 1 cm vom dünnen Ende beginnt und bis zum anderen sich erstreckt. In diesem Sinne läuft der ganzen Ausdehnung nach die an einem Stabe befestigte Klinge, welche nur an ihrem vorderen Rande schneidet, am Scheitel und hinteren Rande aber stumpf ist. Diese Klinge kann mittelst einer auf ihren Stab wirkenden, in der Nähe des Pavillons angebrachten Druckschraube in jedem Punkte der Rinne festgehalten werden.

Die Klinge dieses Instrumentes durchläuft den geraden Teil der Sonde, fast vollständig in ihrer Dicke gedeckt; sie wird sichtbar, sobald sie an den gekrümmten Teil kommt, und springt immer mehr hervor, bis sie auf das Ende der Rinne trifft; hier haben die Leitsonde uud die Klinge Kaliber 18.

Bulhoes hat mit diesem Instrumente mehrere innere Urethromien ausgeführt und war mit dem Erfolge zufrieden. Sein neues Urethrotom besitze aufser der geringeren Gefährlichkeit noch den Vorteil, dafs es zugleich Leitsonde, entleerendes und dilatierendes Instrument darstelle und dem Chirurgen gestatte, allein zu operieren.

Neuhaus-München.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Januar 1896.

I. **Ein Beitrag zum Studium des Mycetoms des Fufses, wie es in Amerika vorkommt,** von J. N. Hyde, N. Senn und D. Bishop-Chicago. (Vortrag, gehalten auf der 19. Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft. September 1895.) Es wird ein Fall von Mycetom bei einem 20jährigen Manne beschrieben. Derselbe war bis zu seinem siebenten Jahre stets gesund. Damals liebte er es, mit anderen Knaben barfufs herumzulaufen. Eines Tages bemerkte er an der linken Fufssohle innerhalb der Haut einen harten Knoten, der sich langsam ausbreitete, bis er die Gröfse eines halben Silberdollars erreicht hatte. Die Stelle wurde mit Salpetersäure geätzt, worauf für mehrere Jahre Besserung eintrat. Aber es stellte sich ein Recidiv ein, das nach und nach das vordere Drittel des linken Fufses ergriff. Derselbe sieht jetzt geschwollen und deformiert aus, bereitet aber wenig Schmerzen, so dafs der Patient verhältnismäfsig noch gut gehen kann. Einige Ärzte erklärten das Leiden für Tuberkulose, andere für Sarkom. Die Behandlung war erfolglos.

Bei der Untersuchung waren die vorderen zwei Drittel des linken Fufses in eine formlose festweiche Masse verwandelt, deren Oberfläche regellos mit Tuberkeln oder besser mit fungösen, aus der unebenen infiltrierten Hautdecke emporschiefsenden Vorsprüngen besät war. Jeder einzelne dieser fungösen Vorsprünge war von einem, gelegentlich von mehreren Fistelkanälen durchbohrt, aus denen sich bisweilen ein reines Sekret auspressen liefs.

Die allgemeine Farbe der erkrankten Partie des Fufses war eher eine graue als eine entzündliche rote. Die Nägel der Zehen, besonders der zwei ersten war in gryphotischem Zustande.

Von Dr. Senn-Chicago wurde die Amputation des Beines in dem unteren Drittel ausgeführt. Der Patient stand noch acht Monate nach der Amputation in Beobachtung. Er befindet sich zur Zeit gesund und vermag mit einem künstlichen Bein gut zu gehen.

Die Krankheit wird sowohl klinisch, wie histologisch eingehend besprochen und das Gesamtbild dahin resumiert:

Nicht wesentliche, nur in vereinzelten, zweifelhaften Fällen vorkommende klinische Symptome sind:

1. Das Auftreten von schwärzlichen oder rötlichen Pigmentkörnchen, die entweder frei oder innerhalb der Zellen sich befinden.

2. Die Anwesenheit von Partikeln, welche dem Fischroggen ähnlich und entweder aus den Öffnungen herausgepreſst oder in die intakte Hautoberfläche hineingezwängt worden sind.

3. Das Auftreten von Öffnungen, die bis zum Muskel, zur Sehne oder zu den Blutgefäſsen führen.

Die konstanten Symptome des sog. Madurafuſses sind eine charakteristische Deformität der ergriffenen Partie, vorwiegend des Fuſses bei Männern, aber zuweilen auch der Hand, der Schulter, des Knies und einiger anderer Regionen bei beiden Geschlechtern, das Auftreten ziemlich akuter Symptome, wie sie sich als Komplikation der Elephantiasis einzustellen pflegen, so wiederholte Attacken von Lymphangitis, Erysipel, Ekzem oder Furunkulose. Das Fehlen der Schmerzhaftigkeit ist eine Eigentümlichkeit der Krankheit.

Die mikroskopische Untersuchung hat einen dem Pilz der Actinomykosis nicht unähnlichen Strahlenpilz ergeben, der in die Granulationen oder nekrotischen Gewebe gleichzeitig mit einer Anzahl ungewöhnlich groſser Riesenzellen eingelagert ist. Letztere scheinen einen phagocytischen Effekt auf den Eindringling auszuüben.

Die Häufung ganz verschiedener Formen des Mycetoms haben zu sehr differierenden Meinungen über das Wesen der Krankheit Anlaſs gegeben. Noch bis heute sind die Autoren nicht klar darüber, ob die Actinomykosis und die verschiedenen Formen des Mycetoms durch einen oder durch mehrere Varietäten eines einzigen Pilzes oder durch ganz voneinander verschiedene Mikroorganismen hervorgerufen werden.

In typischen Fällen von Mycetom sieht man gewöhnlich einen zentralen Körper, welcher aus halbmond- oder nierenförmigen Körpern zusammengesetzt ist und von einem Mycelnetzwerk durchquert wird. Die Hyphen zeigen die gröſste Verschiedenheit indem sie bald lang und schlank, bald kurz und kolbig sind, andere sind eher von sphärischer, als von langgestreckter Gestalt. Die von den zentralen Körpern ausgehenden Strahlen bilden eine abschlieſsende peripherische Zone.

Diskussion. (Vergl. *Journ. of cut.* Band 13. November 1895. S. 473.)

Dr. Graham bemerkt, daſs Prof. Adami auf dem Kongreſs amerikanischer Ärzte in Washington einen Fall von „Madurafuſs“ gezeigt und die Resultate seiner eingehenden Studien über das Wesen der Krankheit mitgeteilt hat. Im Museum zu Montréal könne Hyde Präparate und Knochen des Falles sehen. Der Patient war ein Kanadier, der niemals aus Kanada herausgekommen ist.

Dr. Elliot möchte wissen, ob Hyde einen absoluten Unterschied mache zwischen dem den „Madurafuſs“ hervorrufenden Pilz und demjenigen, welcher als die Ursache der Actinomykosis erkannt ist.

Dr. Hyde antwortet, er sei auf Grund seiner Beobachtungen an diesem einen Falle noch nicht berechtigt, irgend ein abschlieſsendes Urteil zu fällen. Er sei aber geneigt, mit Rücksicht auch auf die in Indien gemachten Erfahrungen, wo der Madurafuſs eine bekannte Krankheit, die Actinomykosis unbekannt sei, mehrere Varietäten des Strahlenpilzes anzunehmen, und daſs die Varietät, welche den Madurafuſs verursache, nicht identisch sei mit derjenigen, welche die Actinomykosis hervorrufe. Er glaube, daſs es eine amerikanische Varietät gebe, welche das Mycetom hervorbringt.

Dr. Elliot bemerkt, er habe die Frage gestellt, weil er letzten Winter einen

eigentümlichen Fall von Actinomykosis gesehen habe. In diesem war das Kinn, welches sonst die gewöhnliche Lokalisation der Krankheit sei, nicht affiziert. Die Affektion habe primär im Darmkanal begonnen. Das erste Hautsymptom sei eine Fistel im After gewesen. Ein Zweifel bezüglich der Diagnose konnte nicht obwalten, da er die mikroskopische Untersuchung angestellt und den Strahlenpilz in grofser Anzahl im Sekrete vorgefunden habe. Zwei andere von ihm beobachtete Fälle hätten die typische Lokalisation auf dem Unterkinn gezeigt. Alle diese Fälle hatten jene eigentümliche Härte in der Umgebung der Wunde oder der Fistel, welche stets als charakteristisch für die Krankheit angesehen worden ist. Beim Madurafufs fehlte, soweit er davon gehört und gelesen habe, dieses Symptom.

II. **Ein bemerkenswerter Fall von Purpura-Ausschlag mit Ausgang in Gangrän, hervorgerufen durch salicylsaures Natrium**, von F. J. Shepherd-Montreal. (Vortrag, gehalten auf der 19. Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft am 18. September 1895.) Der 32jährige Patient hatte wegen Schwellung, Hitze, Röte und Schmerzhaftigkeit des linken, später des rechten Kniegelenkes drei Dosen salicylsaures Natrium à 1,25 g im Laufe eines Tages genommen, als am ganzen Körper ein urticariaähnlicher Ausschlag auftrat. Die Quaddeln waren deutlich zu sehen, das Jucken aber nicht sehr stark. Daraufhin wurde das Medikament ausgesetzt. Die Urticariaeffloreszenzen wurden jetzt petechiös und machten in den nächsten Tagen alle Phasen eines Blutextravasats in der Haut durch. An einzelnen Stellen war die hämorrhagische Extravasation so stark, dafs die Haut zerstört wurde und eine Ulceration sich bildete, die nur sehr langsam heilen wollte. Der Ausschlag ergriff alle Teile des Körpers, mit Ausnahme der Handteller und Fufssohlen. Die Schleimhäute, insbesondere der Mund- und Rachenhöhle, waren ebenfalls Sitz der Affektion, mit der eine beträchtliche, ödematöse Schwellung einherging. Der Patient konnte für einige Tage nur flüssige Nahrung in ganz kleinen Quantitäten herunterschlucken; zeitweilig stellten sich gefahrdrohende Erstickungsanfälle ein. Bedeutende Muskel- und Gelenkschmerzen begleiteten den Ausschlag. Das Herz war normal, der Urin enthielt eine Spur von Eiweifs, aber kein Blut, noch Eiter. Verdauungsstörungen waren nicht vorhanden. In 33 Tagen war der Ausschlag verschwunden.

Freudenberg (*Berl. klin. Wochenschr.*) berichtet über einen Fall von petechialer Eruption nach dem Gebrauch von 5 g salicylsaures Natron.

Die Möglichkeit, dafs es sich im vorliegenden Falle um ein Erythema purpureum als eine seltene Form der Peliosis rheumatica gehandelt habe, ist nicht ausgeschlossen.

Hutchinson nennt sie Purpura thrombotica. In einigen solcher Fälle ist die Hämorrhagie stark genug, um die Haut zu zerstören und einen Schorf zu verursachen.

Diskussion. (Vergl. *Journ. of cut.* Band 13. November 1895. S. 472.)

Dr. Elliot glaubt, dafs die Affektion nur ein Arzneiausschlag und nicht Peliosis rheumatica sei.

Dr. Bulkley kann sich keines Falles von Peliosis rheumatica erinnern, bei welchem es zur Verschorfung der Effloreszenzen gekommen wäre, während wir bei Arzneiausschlägen Schorfbildung häufig haben, deshalb halte er die vorliegende Affektion als durch das salicylsaure Natrium hervorgerufen.

Dr. Bronson möchte eine Peliosis rheumatica, modifiziert durch den Gebrauch des Medikamentes annehmen. Die Peliosis selbst verursache seines Wissens niemals Gangrän.

Dr. Robinson und Dr. Morrow halten es nicht für möglich, eine präzise Ätiologie des Falles anzugeben.

Dr. Allen hat einige schwere Fälle von Ausschlägen bei Rheumatikern nach

Salicylpräparaten gesehen, aber niemals einen dem vorliegenden ähnlichen Fall, weshalb er nicht umhin könne, den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Medikament und der Affektion hier zu bezweifeln.

Dr. KLOTZ vermag nicht einzusehen, weshalb die Anwesenheit der Gangrän die Möglichkeit einer Peliosis rheumatica ausschliefsen sollte; wir haben bei der letzteren Hämorrhagien, denen bei genügender Stärke Gangrän folgen kann.

Dr. SHEPHERD hat zwar auch niemals einen Fall von Peliosis rheumatica gangränös werden sehen, aber er stimme mit dem Vorredner darin überein, dafs es nur eine Frage der Intensität der Blutung ist, ob Gangrän folgt, oder nicht.

III. **Ein Fall von doppelter Unterbindung der Vasa deferentia wegen Prostatahypertrophie,** von F. T. BROWN - New York. Der 70jährige Patient hatte als junger Mann eine Blennorrhoe. Seit 9—10 Jahren wird er von häufigem Harndrang gequält. Vor fünf Jahren hatte er plötzlich einen Anfall von Urinverhaltung gehabt, der konstantes Harnträufeln folgte. Erst durch Sitzbäder, Ruhe, Katheterisation ist Besserung eingetreten. In der letzten Zeit haben sich die Beschwerden von neuem eingestellt und quälten ihn mehr denn je zuvor.

Die rektale Untersuchung stellt eine bedeutende Prostatahypertrophie fest, die auch nach einer genauen Beobachtung des Patienten als die Ursache der Beschwerden angesehen wurde. Blasensteine finden sich nicht vor.

Da eine wesentliche Besserung unter der üblichen Behandlung nicht eintrat, so entschlofs sich Verfasser zu einer doppelten Unterbindung der Vasa deferentia, die nach einer Kokaininjektion in die den Samensträngen überlagernden Gewebe ausgeführt wurde. Schon zehn Tage nach der Operation konnte der ganze Urin durch einen Katheter entleert werden. Nach und nach vermochte der Patient stetig mehr Urin ohne Katheter zu lassen. Gegenwärtig braucht er diesen nur einmal täglich. Er vermag jetzt wieder seiner Beschäftigung nachzugehen und befindet sich so wohl, wie seit zehn Jahren nicht mehr.

Die Untersuchung hat keine Atrophie der Testikel ergeben, dagegen ist die Prostatadrüse bedeutend kleiner geworden. Die einzige Störung, welche vielleicht auf die Operation zurückzuführen ist, ist Hitzegefühl und etwas Jucken in den Beinen, namentlich des Nachts. Doch sind diese Erscheinungen erträglich.

C. Berliner-Aachen.

Besprechungen.

Syphilis, von ALFRED COOPER. (Zweite von E. COTTERELL revidierte Auflage. J. & A. Churchill, London. 1895. 478 S.) Zwischen der ersten und zweiten Ausgabe des Buches liegt ein Zeitraum von zehn Jahren. Die zahlreichen klinischen Beobachtungen, die therapeutischen Fortschritte, welche in diesem Zeitraume gemacht worden sind, sind in der stark erweiterten und sorgfältig umgearbeiteten Auflage gut verwertet. Kolorierte und nicht kolorierte Illustrationen machen gegenüber der ersten Ausgabe die vorliegende wertvoller, wenn auch nicht alle Bilder von gleicher Güte sind. Bei der grofsen Praxis und der reichen Erfahrung, über die COOPER verfügt, wird man viele seiner therapeutischen Bemerkungen und praktischen Winke mit Nutzen verwenden können. Andererseits hätten wir es lieber gesehen, wenn der Verfasser die Behandlung der Bubonen mit Excision und der Syphilis mit intramuskulären

Quecksilberinjektionen gegenüber den sonstigen, alten sehr brauchbaren Methoden etwas weniger warm empfohlen hätte. *C. Berliner-Aachen.*

Geschichte der Volksseuchen, von Lersch. (Berlin 1896. S. Karger.) Verfasser giebt in diesem Buche eine Übersicht über die Volksseuchen, gestützt auf alles, was sich als Quellenmaterial nur irgendwie verwerten läfst. Es ist ein höchst interessanter und dankenswerter Versuch, das grofse Material möglichst objektiv, wie es die Autoren schildern, dem nachdenkenden Arzte vorzuführen, und somit bietet das Buch Gelegenheit zu mannigfacher Belehrung. Die Lektüre dieses Buches möchten wir jedem empfehlen. *F. Hahn-Bremen.*

Über Pagets Krankheit, von R. Lindt. (*Mitteilungen aus klinischen und medizinischen Instituten der Schweiz.* II. Reihe. 10. Heft.) Verfasser hatte Gelegenheit, einen Fall von Pagets disease genau klinisch und mikroskopisch zu untersuchen; er fand in seinen Präparaten eine krebsverdächtige Zelle, auch viele Zellen Pagets mit grofsem, hellem Hofe und stark gefärbtem Kern; allein er kann nach seinen Befunden diese nicht als Coccidien ansehen, sondern betrachtet sie als degenerierte Epithelzellen. *F. Hahn-Bremen.*

Ätiologische Studie über die Infektion der Harnwege, von R. Bastianelli. (*Bull. d. r. Accad. med. di Roma.* 1894—95. Heft 2—6.) Diese ziemlich umfangreiche Arbeit, welche sich teils auf eigene Beobachtungen und Experimente, teils auf die reichhaltigen Litteraturangaben stützt, teilt Verfasser in drei Teile ein: klinische Beobachtungen mit bakteriologischem Befund; Aufzählung der Mikroorganismen, welche bisher in den Harnwegen vorgefunden worden; Pathogenese der Harninfektion. Als Mikroorganismen werden angeführt: der Tuberkelbacillus, das Bacterium coli (mobile, immobile, Eberth) allein oder mit anderen (Staphylococcus, Streptococcus) vergesellschaftet, der Proteus vulgaris (allein oder vergesellschaftet mit dem Bacterium coli), der Gonococcus mit Staphylokokken, Streptokokken, Diplokokken, multiple Infektionen. In ungefähr der Hälfte der Fälle handelte es sich um Mischinfektionen. Bei der Pathogenese bespricht er die Wege, auf welchen die Infektion zu stande kommt: ascendierend, descendierend, durch die Cirkulation (Embolien), transparietal (indirekt durch Eindringen der Infektionsstoffe von einem benachbarten Herde durch die intakte Blasenwand hindurch, direkt durch Ruptur der Blasenwand, vom Darme aus).

Danach lassen sich die Cystitiden einteilen in:

1. nicht-pyogene ..... Cystitis catarrhalis.
2. pyogene, und zwar:
   a) mit Zersetzung des Harnstoffes.... Cystitis suppurativa ammoniacalis
   b) ohne Zersetzung des Harnstoffes und saurer Reaktion des Urins (Bacillus Kochii)..... Cystitis suppurativa acida tuberculosa

C. Müller-Bern.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über das Wachstum des Fettgewebes, von M. Schein. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 38.) Verfasser kommt zu folgenden Schlufssätzen:

1. Wenn in einem Raume, der wechselndes Volumen und wechselnde Spannung zeigt, Fettgewebe vorhanden ist, so gelangt dieses, sofern überhaupt die Möglichkeit des Fettgewebswachstums gegeben ist, proportional diesem Wechsel des Volumens und der Spannung zum Wachstum; daher die besondere Neigung gewisser Stellen des tierischen Körpers zur Fetthypertrophie.

2. Da man so ziemlich an allen Prädilektionsstellen für die Entwickelung von Fettgewebe den steten Wechsel der Weite und Spannung der Zellgewebsräume wahrnehmen und nachweisen kann, so leuchtet die Bedeutung dieses Wechsels für das Wachstum des Fettgewebes ohne weiteres ein.

3. Wenn ein solcher Wechsel des Volumens und der Spannung des Raumes, in welchem Fettgewebe vorhanden ist, ausgeschlossen ist, so steht auch das Wachstum des Fettgewebes still, daher die grofse Seltenheit der Fettgeschwulst an diesen Stellen des tierischen Körpers.

4. Die lockeren Zellgewebsräume zwischen den Organen des tierischen Körpers und innerhalb desselben werden dadurch, dafs Druck, Spannung, Schlag, Stofs u. s. w., sofern sie nicht ein gewisses Mafs überschreiten, hauptsächlich in ihnen zur Wirkung kommen, zu einem wichtigen Schutzmittel des Organismus gegen mechanische Einwirkungen und Traumen.

5. Die Grundlage dieser Schlufssätze ist die Thatsache, dafs die letzte Ursache des Fettgewebswachstums die lebhaftere Ernährung des Fettgewebes ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Lange Krallen und Haare als Erzeugnisse der Rückbildung durch Nichtgebrauch, von Wilhelm Haacke. (*Biolog. Centralbl.* XV. Bd. No. 6.) Wo man unter Vögeln, die sich viel auf dem Erdboden bewegen oder schwimmen, auf die Hinterzehe achtet, findet man, dafs dieselbe fehlt oder mehr oder weniger zurückgebildet ist. Die Lerche, die viel auf der Erde läuft, zeigt eine Hinterzehe von mangelhafter Ausbildung, aber mit einem langen Nagel, Sporn, versehen, ein Zeichen des geringen Gebrauches. Nicht gebrauchte Horngebilde erhalten eben häufig eine aufserordentliche Länge, bis schliefslich auch sie bei andauerndem Nichtgebrauch sich zurückbilden. Diesen Gedanken führt der Verfasser genauer an der Hand zoologischer Betrachtungen aus, dabei auch die Haare in den Bereich derselben ziehend. Durch Vergleich höherer und niederer Säugetiere und der verschiedenen Menschenrassen glaubt Verfasser, schliefsen zu müssen, dafs in allen Reihen der Säugetiere das Haar, ein Abkömmling stachel-schuppenartiger Gebilde, eine phylogenetische Reduktion erleidet, die schliefslich zum Haarschwund führt. Die langen, feinen Haare höherer Menschenrassen, die Kahlköpfigkeit sind der Ausdruck einer fortschreitenden Rückbildung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine Methode zur Darstellung der markhaltigen Hautnerven in gehärteten Präparaten, von J. Heller. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 50.) Die Hautstücke oder ganzen Organe werden in Müllerscher Flüssigkeit konserviert. Dieses dient nur zum Aufheben der Präparate, ohne eine spezifische Wirkung zu entfalten.

Dementsprechend ist die Zeit ihrer Einwirkung gleichgültig. Von dem zu untersuchenden Material wird ein entsprechendes Stück auf dem Gefriermikrotom geschnitten. Allzu dünne Schnitte sind wegen der zu kleinen Nervenabschnitte und der leichten Zerreifslichkeit des Präparates nicht zweckmäfsig. Die Schnitte werden nun ausgewaschen und kommen dann in 1%ige Osmiumsäure. Sie bleiben in derselben im Brutschrank bei 37° 24 bis 48 Stunden. Die Wirkung der Osmiumsäure auf die Markscheide der Nerven ist eine Reduktion der Überosmiumsäure zu metallischem Osmium. Da die reduzierende Kraft der Gewebe bei der Konservierung in einer koagulierenden Flüssigkeit leidet, so soll die Reduktion künstlich herbeigeführt werden, und zwar durch einen photographischen Pyrogallusentwickler, dessen Zusammensetzung: schwefligsaures Natron 125, kohlensaures Natron 70, destilliertes Wasser 500, Acid. pyrogall. 15,0 ist. Bringt man die Schnitte aus der Omiumsäure in die Pyrogallussäure, so werden sie dunkel; nimmt man die Reduktion im Brutofen, etwa ¼ bis ½ Stunde lang, vor, oder läfst man die Reduktionsflüssigkeit längere Zeit einwirken, so werden die Präparate völlig schwarz. In den mäfsig dunkel gefärbten Schnitten kann man bereits die markhaltigen Fasern als tiefschwarze Linien erkennen. Es zeigte sich jedoch bald, dafs die anfangs brauchbaren Präparate durch Fortwirkung der Reduktion ganz dunkel und damit unbrauchbar wurden. Augenscheinlich wurde Osmium im ganzen Präparate reduziert. Es lag daher nahe, ein Oxydationsmittel anzuwenden, in der Annahme, dafs das Mark der Nerven genügend Osmiumsäure festhalten würde. Übermangansaures Kalium erwies sich als brauchbar. Man gieſst zweckmäfsig von einer konzentrierten Lösung so viel zu einer Schale mit Wasser, dafs man ein Papierblatt durch die violett gefärbte Flüssigkeit hindurch erkennen kann. Die Schnitte verbleiben darin so lange, bis sie ein helles oder dunkleres Braun angenommen haben. Eine bestimmte Zeit läfst sich nicht angeben; die Zeitdauer der Oxydation hängt von der Stärke der vorangegangenen Reduktion ab. Zweckmäfsig untersucht man die Schnitte zunächst in einer Schale mit Glycerin. Schliefslich wurde folgende Methode angewandt: Nach der Differenzierung in übermangansaurem Kalium wurden die Schnitte in 1 bis 2%ige Oxalsäurelösung gelegt; nach einiger Zeit nehmen sie eine hell-gelbgrüne Färbung an. Zuweilen ist es zweckmäfsig, die Präparate, wenn sie aufserordentlich schwarz sind, aus der Oxalsäure noch einmal in die Pyrogallussäure zu legen. Die Konservierung geschieht in Glycerin, Glycerinleim oder Kanadabalsam. Im letzteren Fall ist die langsame Entwässerung (30° o, 60%, 95% Alkohol) erforderlich, um Schrumpfung zu vermeiden. Aufgehellt wird in Nelkenöl. Eine leichte Nachdunkelung der Präparate wird durch gutes Auswaschen der Schnitte vor der Konservierung vermieden. Bei dieser Methode sind die Nerven tiefschwarz, das übrige Gewebe gelbgrün gefärbt. Nur das Fett ist auch tiefschwarz.

L. Hoffmann-Berlin.

Mikroskopische Technik.

Über Entfärbung des Pigments in mikroskopischen Schnitten und eine neue Untersuchungsmethode des accommodierten und nicht-accommodierten Auges, von Leopold Mueller. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 4.) Aus dieser Arbeit sei an dieser Stelle nur das auf Entfärbung des Pigments Bezügliche referiert, wie sie der Verfasser bei der Untersuchung der in Celloidin gebetteten Augenschnitte anwendete. Die Celloidinschnitte kommen aus 70%igem Alkohol in destilliertes Wasser, dann sofort in unverdünntes Wasserstoffsuperoxyd. Sodann müssen die Präparate aber dem direkten Sonnenlichte längere Zeit ausgesetzt werden. Nach 48 Stunden kommen sie wieder in Alkohol. Im Winter und an trüben Tagen mufs das Wasser-

stoffsuperoxyd länger einwirken. Die Färbbarkeit wird etwas, aber nur wenig herabgesetzt. Ein Nachteil ist, dafs die Präparate, wenn sie nachher längere Zeit in Alkohol bleiben, brüchig werden und bei der nachfolgenden Färbung und Bearbeitung zu Staub zerfallen. Man mufs deshalb die Schnitte aus dem Wasserstoffsuperoxyd nur für kurze Zeit in Alkohol und dann sofort bis zur Einbettung in Kanadabalsam oder Damar etc. weiter bearbeiten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bakteriologie.

Ein Nährboden für Bakterien, von A. M. Bleile. (*Med. News.* 13. Juli 1895.) An Stelle von Bouillon verwendet B. seit längerer Zeit Hühnereiweifs, nach folgender Vorschrift zubereitet: Dasselbe wird mit 10 Volumen Wasser gut geschüttelt und mit Salzsäure im Verhältnis von 1 ccm : 100 versetzt; ferner werden einige Gran Pepsin zugesetzt und die Mischung vier Stunden lang einer Temperatur von 40° C. ausgesetzt. Darauf Neutralisieren mit einer Mischung von Natron- und Kalilauge zu gleichen Teilen, Aufkochen, Zusatz von 10—12% Gelatine oder 1½% Agar-Agar, wieder Aufkochen, wiederum Neutralisieren im Notfall und Filtrieren. *Philippi-Remscheid.*

Der Streptococcus und das Antistreptokokken-Serum, von Alexander Marmorek. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895.) Wir leben in der Zeit des Heilserums, welches sich auf der Spezificität der Mikroorganismen aufbaut. Wenn Verfasser seinem Antistreptokokken-Heilserum ein ausgedehntes Anwendungsgebiet sichern wollte, mufste er zuerst feststellen, dafs die verschiedenen Streptokokkenarten nur Varietäten desselben Organismus darstellen. Er begann seine Arbeit also mit einer eingehenden Studie des Mikrobions, das am besten auf einem Nährboden gedeiht, welcher zwei Teile menschliches Blutserum und einen Teil peptonisierter (1%) Fleischbouillon enthält. Auf diesem Serum gezüchtete Streptokokken erhalten eine Virulenz, dafs ein Hundertmilliardstel eines Kubikzentimeters ein Kaninchen in 30 Stunden tötet. Die Virulenz wird gesteigert nach Pasteurscher Methode durch Passage empfindlicher Tierkörper. Verfasser stellte nun zunächst die Einheit der verschiedenen Streptokokkenarten fest und ging dann an die Immunisierung kleiner und grofser Tiere. Von diesen erhält er dann das Heilserum, welches sich bei Tieren vollkommen bewährte. Verfasser ging nun zu Versuchen bei Menschen über, zunächst beim Erysipel. Aus den Heilungsziffern und aus der Beobachtung einiger schwerster Krankheitsfälle folgert der Verfasser, dafs das Serum auch beim Menschen eine Heilwirkung entfaltet. Beim Puerperalfieber erzielte man einen Erfolg, wenn es sich nur um Streptokokkeninfektion handelte; nicht, wo Mischinfektionen vorlagen. Es ist deshalb durchaus nötig da, wo man das Antistrepptokokken-Serum anwendet, vorher bakteriologisch festzustellen, dafs auch wirklich der Streptococcus der Urheber ist; an der Spezificität des Mittels hält Verfasser fest. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Bedeutung des Micrococcus tetragenus, von B. Schürmayer. (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 65.) Aus Krankenbeobachtungen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Der Micrococcus tetragenus kann, ähnlich, wie der Staphylococcus, auf den Weichteilen der Körperoberfläche nekrotisierende, circumskripte Entzündungen erzeugen. Eine starke Tendenz, auf dem Lymphwege fortzuwandern, scheint der Krankheitserreger nicht zu haben, im Gegensatz zu den als Streptokokken zusammengefafsten Spaltpilzarten. Ähnlich dem Streptococcus erysipelatis jedoch vermag er Verfärbungen der Haut zu erzeugen, die auf den ersten Blick als echtes Erysipel imponieren können.

2. Der Tetragenus kann allein Eiterungen erzeugen, ist aber unter die pyogenen Kokken aufzunehmen.

3. Auf den Mandeln vermag der Tetragenus sich bei der Pseudomembranbildung zu beteiligen und unter Umständen Verfärbungen der angrenzenden Schleimhaut zu erzeugen, welche den auf der Körperoberfläche möglichen Farbennuancen gleichen können.

4. Es hat den Anschein, als ob die auf der Haut gesetzten Erkrankungen trotz ihres anfänglichen gefährlichen Aussehens leichter heilen, als gewöhnliche Furunkel.

5. Auch Anginen scheinen, obwohl mit aller Intensität aufgetreten, leichter zu weichen, wenn der Tetragenus neben indifferenten Kokken der Erzeuger ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hygiene.

Einige statistische Studien über die venerischen Krankheiten in Schweden (mit 1 Taf.), von J. KJELLBERG. (*Hygiea.* 1895. No. 7.) Diese Arbeit stellt eine Zusammenstellung (aus den Jahresberichten der Medizinaldirektion) der venerischen Krankheiten seit 1822 dar, und zwar der Fälle, welche in den civilen Krankenhäusern und gröfseren Militärhospitälern in Schweden behandelt wurden. Aus diesen meint K., schliefsen zu können, dafs die venerischen Krankheiten, und hauptsächlich Syphilis, in den Krankenhäusern in Abnahme begriffen seien. Nach Angabe der benachbarten Länder Norwegen und Finnland sollen venerische Krankheiten, und besonders Syphilis, zahlreicher in denselben, als in Schweden, vorkommen. Aufserdem sollen diese Leiden auf dem Lande Terrain verloren haben, um sich dagegen mehr auf die gröfseren Städte zu beschränken. Dadurch wird die Bekämpfung dieser Krankheiten bedeutend erleichtert. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Beiträge zur Beurteilung der Verbreitung der venerischen Krankheiten in den verschiedenen Ländern, von T. BONDESEN. (*Det kjöbenh. med. Selskabs Forh. i 1894—95.*) Die Beurteilung ist ausschliefslich auf der Häufigkeit der venerischen Krankheiten unter den Soldaten in den Heeren der verschiedenen Länder begründet; dieselbe ist nach Verfasser eine Abspiegelung des Auftretens dieser Krankheiten unter der übrigen Bevölkerung. Den neuesten Medizinalberichten aus den fremden Heeren (für Dänemark von 1889—93) gemäfs gab es im Verhältnis zu je 1000 Mann jährlicher Durchschnittsstärke (die Offiziere mitgerechnet, England und Italien ausgenommen) in dem englischen Heere jährlich 212 Fälle von venerischen Krankheiten (davon 50% Syphilis), in dem italienischen 104 (Syphilis ?%), in dem österreichisch-ungarischen 65,4 (Syphilis 26%), in dem französischen 44 (Syphilis 21%), in dem belgischen 32 (Syphilis 19%), in dem deutschen 26,7 (Syphilis 22%), in dem dänischen 26,8 (Syphilis 10%). *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Die ökonomische Seite der Prostitution, von W. HUTCHINSON. (*Americ. med. and surg. Bull.* 15. August 1895.) Die bisherigen von Staat und Kirche zur Einschränkung der öffentlichen Prostitution unternommenen Versuche sind resultatlos verlaufen. Sie bewirkten wohl eine geringe Abnahme der eingeschriebenen Prostituierten, demgegenüber aber eine starke Zunahme der geheimen Prostitution, eine Abnahme der Bordelle, aber eine enorme Vermehrung der Grisetten. Infolge geringerer Furcht vor Infektion und des Fehlens der Möglichkeit, mit der Polizei in Berührung zu kommen, nahm die Zahl der „dem Laster fröhnenden Männer" bedeutend zu. Damit ging Hand in Hand eine Verminderung der Heiratsziffer, eine Zunahme der „Concubinage in irgend einer Form", der illegitimen Geburten und der Geschlechtskrankheiten.

Auf Grund privater Mitteilungen von 89 bedeutenden Praktikern der Vereinigten Staaten werden als Motive, welche das Weib zur Prostitution treiben, angegeben: Hang zum Wohlleben ohne Arbeitsleistung in 41,2%, Familienverhältnisse in 23,8%, Verführung unschuldiger Individuen in 11,3%, Stellenlosigkeit 9,4%, erbliche Belastung in 7,8%, Freude an der Befriedigung des Geschlechtstriebes in 5,6%.

Das Hauptkontingent stellen Angehörige der untersten Volksklassen; heruntergekommene, meist völlig ungebildete, arbeitsscheue, für die menschliche Gesellschaft wertlose Individuen, die meist körperlich durchaus nicht anziehend sind. Einen mächtigen Faktor bildet die Frauenarbeit aufser dem Hause (in Geschäften, Fabriken etc.), weshalb dieselbe, ebenso wie die Kinderarbeit, verboten werden sollte.

Die Mortalitätsziffer der Prostituierten ist um 75% höher, als bei anderen Frauen in den nämlichen Berufsarten. Als Ursachen sind zu bezeichnen in erster Linie Alkoholmifsbrauch und geschlechtliche Erkrankungen, dann Morphinismus, Kokainismus, Chloralismus, Suicidien, Unregelmäfsigkeit im Leben.

Die Prostitution im allgemeinen wird als ein notwendiges und in seiner Endwirkung wohlthätiges Übel der Menschheit aufgefafst. Durch dieselbe werden „die schlechtesten Elemente beider Geschlechter" (Syphilis, Sterilität) aus der menschlichen Gesellschaft eliminiert. Das einzige Mittel, die Prostitution einzuschränken, bestehe darin, Männern und Frauen die Heiligkeit der Pflicht der Fortpflanzung zu predigen. Eine freie Konversation über geschlechtliche Themata sollte von der guten Gesellschaft nicht für indecent gehalten werden. Knaben und Mädchen sollten im Gegensatze zu den jetzt herrschenden, „idiotischen" Ansichten von Moral und Etikette über den edelsten und erhabensten der menschlichen Triebe aufgeklärt werden.

H. Einhorn-München.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Über die Lepra, von Prof. Dr. Lassar. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 50.) Nachdem die Lepra in anatomischer, pathologischer und bakterieller Beziehung sorgfältig studiert ist, dürfte die Frage entstehen, was man in hygienischer Beziehung thun mufs, um die Weiterverbreitung zu verhüten. Der endemische Charakter des Leidens gilt als ausgemacht, und man kann deutlich sehen, dafs, wo erst ein Leprös er sich befindet, die weitere Entwickelung dieses Leidens vor sich geht, so im preufsischen Kreise Heydekrug und vor allem im Rheinland. Waren doch auf den Sandwichsinseln anfänglich nur zwei Lepröse, während man jetzt dieselben nach vielen Tausenden zählt, so dafs dieselben etwa auf ein Zehntel und mehr der eingeborenen Bevölkerung geschätzt werden müssen. Ebenso hat sich die Zahl der Erkrankungen auf der Insel Trinidad, wo es im Anfange dieses Jahrhunderts nicht möglich war, mehr als drei Leprakranke aufzufinden, vermehrt. Herr Lassar, der den Vortrag über Lepra in der Berliner Medizinischen Gesellschaft hielt, zeigte nun eine Reihe von Wachspräparaten der in den baltischen Leprosorien bei Dorpat und zu Nennal am Paipus-See befindlichen Patienten und stellte aufserdem eine 21jährige Patientin mit typischer tuberöser Lepra vor. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Lepra, von Dr. A. Wassermann. Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Charité-Ärzte. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 50.) Das vorgestellte 18jährige Mädchen stammt aus Meldenhagen bei Memel und ist nie aus dem Orte herausgekommen; die Eltern sind gesund, ebenso vier Geschwister; ein Bruder leidet an Lepra. Die Krankheit begann mit roten Flecken an den Unterschenkeln, dann an

den Händen; aus diesen entwickelten sich Knoten, jedoch schmerzlos. Die Affektion des Gesichts ist vor drei Jahren dazugekommen. Bei der Untersuchung der Patienten fällt besonders die symmetrische Anordnung der massenhaften Knoten, besonders am Rücken und Oberarm, genau dem Verlaufe der Hautnerven entsprechend, auf. Dies zeigt schon äufserlich, dafs in diesem Falle die peripheren Nerven stark beteiligt sind, und in der That sind die Extremitäten fast ganz anästhetisch für Tast- und Wärmesinn. Die Knoten fühlen sich prall elastisch an und sind von kupferroter Farbe (Zeichen der Rückbildung), während an der Stirn hellrote Knoten sich befinden (Fortschreiten des Prozesses). Die Haut zwischen den Knoten ist straff verdickt und braun pigmentiert. An den Unterschenkeln und oberen Extremitäten sitzen eine Menge Knoten, die zum Teil jung vernarbt sind. Dies waren vorher frische Ulcerationen, die man auf trophische Einflüsse zurückführt. Die Augenbrauen fehlen bei der Patientin, ein Frühsymptom der Lepra. Der behaarte Kopf ist, wie gewöhnlich, frei. Am harten und weichen Gaumen, sowie am Kehlkopf sind lupöse Infiltrate.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt grofse Massen von Leprabacillen, besonders in den frischen Knoten, innerhalb der charakteristischen Leprazellen.

Fiebererscheinungen werden meistens nur beobachtet beim Ausbruch von neuen Eruptionen.

Die Lepra trat im Bezirk Memel 1874 zum ersten Male auf; im ganzen sind seitdem 8 gestorben, 18 leben noch unter einer Bevölkerung von 60000. Über die Art des ersten Entstehens weifs man nichts. Keiner der Erkrankten war jemals von seinem Aufenthaltsorte weg. Von Heredität scheint keine Rede bei der Lepra zu sein; ob sie kontagiös ist, ist auch noch nicht festgestellt. *L. Hoffmann-Berlin.*

b. *Tuberkulose.*

Experimentelle Untersuchungen über die chirurgische Tuberkulose, von G. D'Urso. (*Policlinico.* 1895. No. 12.) Es handelte sich darum, nachzuweisen, ob 1. einzelne Fälle von chirurgischer Tuberkulose beim Menschen auf die Tuberkulose der Vögel zurückzuführen sei; 2. ob der verschiedene Verlauf und Ausgang der chirurgischen Tuberkulose beim Menschen von einer Verschiedenheit des Giftes, die allenfalls auf experimentellem Wege nachzuweisen wäre, abhänge; 3. welches die Pathogenese einer Form von Lebertuberkulose sei, die man zuweilen bei der experimentellen Tuberkulose der Meerschweinchen antrifft.

Die Inokulation tuberkulöser Produkte vom Menschen (aus Gelenken, Peritoneum, Unterhautzellgewebe, Lymphdrüsen etc.) auf Hühner wurden in acht Fällen gemacht; alle fielen negativ aus. Der klinische und experimentelle Befund ergiebt (ad 2), dafs die lokale chirurgische Tuberkulose (Skrophulose) weiter nichts repräsentiere, als die erste oder einzige Lokalisation eines infektiösen Materials, dessen Virulenz stets dieselbe ist, bei dem aber die Wirkung und der Ausgang variiert nach der individuellen Resistenzfähigkeit aus verschiedenen physiopathologischen, von der Virulenz des infektiösen Materials unabhängigen Gründen. Ad 3: Die Ursache des besonderen anatomischen und histologischen Bildes in gewissen Fällen experimenteller Tuberkulose der Meerschweinchen mufs in der besonderen periportalen und peribiliären Lokalisation der Tuberkulose vielmehr als in einem problematischen Einflusse von Dosen und Virulenz des Giftes gesucht werden. *C. Müller-Bern.*

Drei Fälle von Inokulationstuberkulose infolge Tättowierens, von Collines und Murray. (*Brit. med. Journ.* 1. Juni 1895.) Ein 15jähriger, an Phthisis verstorbener junger Mann tättowierte kurz vor seinem Tode zwei Brüder und einen Freund am Arme und rieb in die Wunden mit der flachen Hand seinen Speichel ein.

In allen drei Fällen bildeten sich am Vorderarme zahlreiche Pusteln, gleichzeitig waren die Kubital- und Axillardrüsen geschwollen. Das Allgemeinbefinden der Patienten war nicht gestört. Die mikroskopische Untersuchung eines von der erkrankten Partie excidierten Hautstückchens ergab zwar keine Tuberkelbacillen, wohl aber zahlreiche Riesenzellen. *C. Berliner-Aachen.*

c. *Syphilis.*

In zwei von Fournier und G. de la Tourette mitgeteilten Fällen von **Littlescher Krankheit** (Tabes congenita spasmodica) konnte die **hereditäre Lues** mit ziemlicher Sicherheit als ätiologisches Moment erklärt werden. (*Iconographies de la Salpétrière* 1895. No. 1.) *C. Müller-Bern.*

Zur Kenntnis der Motilitätsstörungen bei der hereditären Syphilis, von Reuter in Greiz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 32.) Verfasser kommt auf Grund mehrfacher Beobachtungen zu folgenden Schlüssen. Bei der hereditären Syphilis kommen an den Extremitäten sowohl Kontrakturen als Lähmungen vor; als ihre Ursache erscheint am wahrscheinlichsten Reizung, bezw. Druck der peripheren Nerven durch gummöse, meist periostale Anschwellungen, welche an den Röhrenknochen als Auftreibungen, zumeist der Epiphysen, nachweisbar sind, an anderen tiefer gelegenen Stellen, z. B. den Wirbellöchern und im Wirbelkanal, der Feststellung bei Lebzeiten sich entziehen. Die Affektionen entwickeln sich zwar meistens erst einige Wochen nach der Geburt, kommen jedoch auch angeboren vor, so dafs ein intrauteriner Beginn angenommen werden mufs. Ist letzteres der Fall, und nimmt man an, dafs derartige Affektionen bereits während des intrauterinen Lebens zum Ablauf kommen können, so drüfte man berechtigt sein, auch bei angeborenen Deformitäten etc. auf einen etwaigen Zusammenhang mit Syphilis sein Augenmerk zu richten. *L. Hoffmann-Berlin.*

Am Kongrefs für Gynäkologie, Geburtshülfe und Pädiatrie (Bordeaux, 8. bis 14. August 1895) berichtete Bézy über einen **Fall von Diplegia brachialis heredosyphilitischen Ursprungs** bei einem zwei Monate alten Kinde. B. glaubt nicht, dafs es sich um eine syphilitische Affektion des vorderen Rückenmarksabschnittes, sondern vielmehr der nervösen Zentren gehandelt habe. Die spezifische Behandlung brachte rasche Heilung herbei. (*Sem. méd.* 1895. No. 40.) *C. Müller-Bern.*

Régis berichtet über **zwei Fälle infantiler allgemeiner Paralyse auf Grund von hereditärer Lues.** (*Mercredi méd.* 1895. No. 21.) *C. Müller-Bern.*

Über Netzhautentzündung bei angeborener Lues, von Prof. Dr. Hirschberg-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 26 u. 27.) Verhältnismäfsig die häufigste von allen Augenkrankheiten aus angeborener Lues ist die sog. diffuse Hornhautentzündung. Tritt diese frisch auf, so ist sie leicht zu erkennen. Ist der entzündliche Zeitabschnitt der Krankheit schon vorüber, so werden die zurückgebliebenen Flecke meistens als skrophulösen oder ekzematösen Ursprungs angenommen, und doch hat eine richtige Diagnose in vielen Fällen eine grofse praktische Wichtigkeit. Weit schwieriger ist die Erkennung der syphilitischen Netzhautentzündung, bei der es vornehmlich auf die richtige Diagnose ankommt, damit durch eine energische Kur der Patient nicht das Augenlicht verliert. H. beschreibt sechs typische Fälle, welche im Alter von 15 bis 18 Monaten an der Netzhautentzündung aus angeborener Lues erkrankt sind. Der frühe Beginn der Erkrankung ist für Syphilis beweiskräftig. Meistens werden die Kinder zum Arzt gebracht, weil sie schielen. Findet man Condylomata lata am Anus oder eine Iritis, deren chronische Form durch Zacken am Pupillenrande und durch feine,

spinngewebige Ausschwitzung im Pupillengebiete zu erkennen ist, so wird man stets an angeborene Lues denken müssen. Die Netzhautentzündung durch angeborene Lues ist immer doppelseitig, während die nach erworbener Lues einseitig bleiben kann. Die Therapie mufs in Inunktionen bestehen, und zwar erhalten Säuglinge 0,5 g, kleine Kinder 0,75 g und gröfsere 1,0 g grauer Salben täglich eingerieben. Er hört nie vor 100 Einreibungen auf, er hat sogar Fälle beobachtet, bei denen wegen der Recidive 300 Einreibungen angewandt wurden. *L. Hoffmann-Berlin.*

In einer Abhandlung über **Syphilis hereditaria tarda** tritt Bäumel (*Wien. med. Presse.* 1895. No. 18) gegen die Ansicht auf, als ob bei dieser Form der Lues die ersten Manifestationen der hereditären Affektion erst nach Jahren auftreten. Es handelt sich aber keineswegs um eine mehrjährige Inkubation, sondern die endlich sich zeigenden Symptome müssen als eine Exacerbation des bereits bestehenden Übels betrachtet werden. Unser hauptsächlichstes Hülfsmittel gegen dasselbe liege in der Prophylaxe: strenge Beaufsichtigung der öffentlichen Prostitution, möglichst energische Unterdrückung der geheimen. *C. Müller-Bern.*

Guida giebt (*La Pediatria.* 1895. No. 3) folgende Vorschriften für die **Behandlung der hereditären Lues**: Wenn immer thunlich, Ernährung an der Mutterbrust. Als Medikation innerlich Liquor van Swieten, zehn Tropfen bis vier Kaffeelöffel voll. je nach dem Alter, und äufserlich Inunktionen mit Unguentum cinereum (0,5—2,0), abwechselnd in Achselhöhle, Inguinalbeuge, Kniekehle, nach vorhergehender Abwaschung der betreffenden Hautstelle mit Seifenwasser. Nach vier bis fünf Monaten Sirop de Gibert, ein bis vier Kaffeelöffel voll. Wenn keine Einreibungen mit grauer Salbe vorgenommen werden können, Sublimatbäder. Das Jodkalium kann auch in sehr vorteilhafter Weise in Tropfenform (Lösungen von 5,0—20,0 : 20,0 Aqua) gegeben werden. Lokal (Plaques muqueuses, Knochenauftreibungen) Kalomel, Aqua phagedaenica (Sublimat 0,25 : 100 Aqua calcis), Vigopflaster.

Die indirekte Behandlung durch Darreichen von Quecksilber und Jodkalium an die Mutter ist, zumal in Fällen, wo Eile geboten, unzuverlässig.

C. Müller-Bern.

Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie, von O. Petersen. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1895. No. 12.) Aus dem auf dem VI. livländischen Ärztetage gegebenen Referat sei nur einzelnes hervorgehoben. Der Vortragende findet den Hauptunterschied in der Syphilisbehandlung in früheren Zeiten und in der Gegenwart darin, dafs man früher die Syphilis, jetzt die Syphilitiker behandelt. Er empfieht die Excision der Initialsklerose, da danach geringere Mengen Quecksilber genügen, um die luetischen Erscheinungen zum Schwund zu bringen, er plaidiert für die Frühbehandlung der Syphilis, sobald die Diagnose der Sklerose gesichert ist. Die Behandlung mit Injektionen unlöslicher Salze (Hydrargyrum salicylicum) findet in Petersen einen warmen Verteidiger; nur bei schlechter Ernährung, im Kindesalter, bei bestehender Tuberkulose, Nephritis, allgemeiner Nervosität vermeidet er die Injektionen. Die Fournierssche chronisch-intermittierende Behandlung wendet er nicht an.

Als Korreferent äufsert sich Fr. Berg (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1895. No. 13) auch zu Gunsten der Excision der Sklerose, verwirft aber die Frühbehandlung vor Ausbruch der Sekundärerscheinungen. Die interne Darreichung des Quecksilbers hält Berg nicht für so unpraktisch, wie sie vielfach gehalten wird. Treffend hebt der Redner gegenüber Petersen die Nachteile und Gefahren der Injektion unlöslicher Salze hervor. Sehr glücklich ist die Kombination der Quecksilberanwendung mit der Darreichung von Schwefelbädern oder auch von Jod-, Solbädern etc. Grofser Wert

ist auf lange Dauer der einzelnen Kuren zu legen, die jetzt meistens viel zu kurz bemessen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Kurze therapeutische Notiz über die günstige Wirkung der Somatose bei Syphilis- und Merkurialkachexie, von EICHHOFF-Elberfeld. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1894. No. 46.) Die Somatose, dieses von den Farbenfabriken vorm. Bayer & Co. hergestellte, so vielfach als vorzüglich erprobte Nährmittel, wurde neben der gewöhnlichen Kost als Somatosenmilch (ein Theelöffel Somatose auf $^1/_8$ l Milch) in einem Falle tertiärer Lues gegeben, bei dem als Folge der Schmierkur Stomatitis und Kachexie auftrat. Die ausgesetzte Behandlung konnte unter gleichzeitiger Ernährung mit Somatose wieder aufgenommen werden; Hg wurde jetzt nicht nur gut vertragen, sondern es trat auch eine wesentliche Hebung des Allgemeinbefindens und des Körpergewichtes in kurzer Zeit ein. *A. Strauß-Barmen.*

Über den derzeitigen Stand der Bestrebungen einer Serumtherapie der Syphilis nebst praktischen Vorschlägen einer solchen, von EDUARD SPIEGLER. (*Wien. med. Bl.* 1895. No. 11.) Nach einer historischen Übersicht über die Serumtherapie im allgemeinen und die in dieser Richtung mit Bezug auf die Syphilis von TOMMASOLI, KOLLMANN, PELLIZZARI, BONADUCE, FOURNIER, FEULARD, HÉRICOURT, RICHERT, TRIBOULET unternommenen Versuche geht der Verfasser zu einer Kritik des bisher Geleisteten über. Das Serum von Tieren zu verimpfen, kann für die Syphilis von keinem Erfolge sein, da die natürliche Immunität nicht übertragbar ist, sondern nur die erworbene. Wo man Erfolge gesehen hat, ist das auf Rechnung des durch die Injektion in den pathologischen Geweben durch Fernwirkung hervorgerufenen entzündlichen Reizes zu setzen, wie er durch Tuberkulin, Thiophen etc. ausgelöst wird. Aussichtsvoll sind nur die Versuche, das Serum luetischer Individuen bei frisch Inficierten zu verwenden, besonders, wenn man bei bestehendem Primäraffekt Blutserum von an gummösen Recidiven einer alten Syphilis leidenden Personen injiciert. Daß man nach erfolgter Infektion noch erfolgreich mit Serum behandeln kann, dafür wird die Lyssa als Beispiel angeführt. Ein geeignetes Serum würde auch das Placentarblut von Gebärenden mit den Erscheinungen tertiärer Lues sein. Verfasser empfiehlt, Versuche in dieser Richtung anzustellen, wenn er sich auch nicht verhehlt, daß erst das Auffinden des Syphiliserregers uns die richtige Bahnen zeigen wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Serumtherapieversuche bei Syphilis, von GILBERT und FOURNIER. (*Sem. méd.* 1895. No. 22.) Die Methode nach welcher Verfasser ihre Experimente vorgenommen haben, stellt sich an die Seite von zwei anderen, von denen die eine zuerst von FOURNIER (1891), dann von FEULARD, TOMMASOLI, G. MAZZA, KOLLMANN angewendet wurde; dieselbe gründet sich auf die natürliche Immunität der Tiere gegen Syphilis und benutzt ohne weiteres tierisches Serum zur Immunisierung, resp. Behandlung des Menschen. Die zweite Methode (PELLIZZARI) benutzt Serum von Syphilitikern in der latenten Periode der Affektion. Beide Methoden haben neben günstigen, zahlreiche negative Resultate aufzuweisen. Die dritte Methode nun, nach der die Verfasser experimentiert haben, wurde bereits 1893 von G. MAZZA prakticiert, doch gelangte dieser Ustand erst zur Kenntnis von G. und F., nachdem diese ihre Versuche bereits begonnen hatten. Sie stützt sich auf folgende Thatsachen: Die Tiere sind gegenüber Syphilis refraktär; ihr Blut besitzt aber weiter keine immunisierende oder kurative Eigenschaften. Man war nur darauf bedacht, ihnen diese letzteren künstlich zu verleihen, wie man z. B. beim Huhn nach Injektionen von Kulturen des NICOLAÏERschen Bacillus ein antitetanisches Serum erzeugen kann.

Die Verfasser verwendeten nun zu ihren Experimenten:

1. einen Hund und eine Ziege, denen Blut von einem Syphilitiker in voller Sekundärperiode injiciert wurde;

2. eine Ziege, der man neun syphilitische Schanker unter die Haut inokulierte;

3. einen Hund, dem man im Verlaufe von drei Monaten vier Schanker, zwei Papeln und 160 g Blut (wovon 60,0 ins Peritoneum) einverleibte.

Von diesen drei Kategorien von Tieren wurde nun Serum gewonnen, dessen Qualität als ziemlich gleichwertig befunden wurde. Mit demselben behandelten die Verfasser 17 Patienten, von denen einige aufserdem gleichzeitig eine spezifische Kur durchmachten. Die Resultate lassen sich kurz dahin zusammenfassen, dafs der therapeutische Erfolg in einigen Fällen ein manifester war, indem sich das Allgemeinbefinden besserte, die Kräfte wiederkehrten, Kopf-, Knochen- und Gelenkschmerzen verschwanden, die Haut- und Schleimhauteruption wichen. In zahlreichen anderen Fällen hingegen war kein Erfolg zu bemerken, trotzdem relativ grofse Quantitäten Serums (bis zu einer Gesamtdose von 20 ccm) verwendet wurden.

Die wichtige Frage wäre somit noch lange nicht entschieden.

C. Müller-Bern.

Rochon berichtet (*La méd. mod.* 1895. No. 41) über ein, wie er glaubt, positives Resultat mit **Serumtherapie bei Syphilis**. Es handelt sich um einen Burschen, dem drei Tage nach dem Coitus mit einer manifest Syphilitischen (Condylomata lata der Vulva), Serum von drei Syphilikern in vorgeschritteneren Perioden (18 Monate, 5 und 7 Jahre) injiciert wurde. Die Initialsklerose blieb aus, und der Patient ist zur Zeit noch gesund. *C. Müller-Bern.*

Die Behandlung der Syphilis und anderer Krankheiten mit immunisiertem Blutserum, von G. S. Maxwell. (*Americ. med.-surg. Bull.* 15. Januar 1895.) Verfasser glaubt, dafs das Blutserum eines Tieres, das unter Einfluss einer spezifischen Therapie steht, die nämliche antitoxische Wirkung hat, wie ein künstlich immunisiertes Blutserum. Die Injektion von Blutserum eines Malariakranken in ein Tier, das Chinin erhalten hatte, zeigte ein negatives Resultat, während diese Procedur bei einem Kontrolltiere deutliche Symptome der Malariainfektion hervorrief. Das Blut eines unter dem Einfluss der Chininbehandlung stehenden Tieres einem malariakranken Tiere injiziert, erzeugte deutliche Besserung. Die lokale „Applikation antitoxischen Blutserums auf syphilitische Ulcera oder ekzematöse Stellen" (!) war von „allgemeiner und rapider Besserung" gefolgt.

Die genaueren Versuchsergebnisse sollen andernorts mitgeteilt werden; so, wie sie in der vorliegenden Arbeit wiedergegeben werden, entbehren sie infolge der Kürze und Unklarheit jeglichen Wertes. *H. Einhorn-München.*

Einen Fall von schwerer Syphilis, der erfolglos mit Hammelblutserum behandelt ist, stellt Kollmann am 15. Januar 1895 in der Leipziger medizinischen Gesellschaft vor. Der Patient hatte schon mehrere spezifische Kuren durchgemacht und bekam dann bei einem neuen Ausbruch Injektionen von im ganzen 81,5 Hammelblutserum. Alle Erscheinungen blieben unbeeinflufst; erst die Schmierkur brachte Besserung. Zur Zeit bestehen aber wieder ausgedehnte luetische Erkrankungen der Haut, der Knochen, der Rachenhöhle. Es bestätigt dieser Fall die Ansicht des Vortragenden über die Empfehlung der Serumbehandlung bei Syphilis durch Tommasoli. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Kalomelöl, von M. Hirschberg. (*Americ. med.-surg. bull.* 1895. No. 10.) Sehr günstige

Resultate bei 40 Fällen durch 6—9 Injektionen von 0,1 Kalomel in wöchentlichen Intervallen. Aufser vorübergehender Salivation, meist nach der vierten Injektion, und Indurationen an der Injektionsstelle bis zu Wallnufsgröfse keinerlei Nebenerscheinungen. Einmal Temperatursteigerung bis zu 39,5°. Obwohl sich nur 22 Patienten nach Ablauf von drei Monaten einer erneuten Behandlung unterwarfen, wurde nur ein einziges Mal ein Recidiv beobachtet, das nach fünf Injektionen vollständig geheilt wurde. *H. Einhorn-München.*

Über den relativen Wert meiner subkutanen Sublimatinjektionskur zu anderen Quecksilberkuren, von Prof. G. Lewin in Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 12—14.) L. plaidiert in diesem Artikel für die von ihm zuerst angewandten Sublimatinjektionen, die er nach Versuchen auch mit anderen Injektionen, besonders der unlöslichen Hg-Präparate, für die besten und am wenigsten schädlichen hält. Er habe nie danach Intoxikationserscheinungen, wie nach den unlöslichen Hg-Verbindungen, gesehen; bei letzteren sind aber Stomatitis, Enteritis, Nephritis, Embolien, Anämien, Nervenerkrankungen und selbst Todesfälle nicht selten.

L. Hoffmann-Berlin.

Über intravenöse Injektionen mit Sublimat, von Göbl. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 20.) Nach dem Vorgange Bacellis hat Verfasser bei neun Patienten die intravenösen Sublimateinspritzungen vorgenommen. Verwendet wurde Sublimat-Kochsalz-Lösung 1 : 3 : 1000; jeden zweiten Tag wurden 1—5 ccm eingespritzt. Die sehr dünne, scharfe und kurze Nadel wurde stets in stark schräger Richtung ziemlich weit in die Vene eingestofsen. Göbl findet folgende Vorteile der Methode: 1. Schmerzlosigkeit, 2. geringe, genau bestimmte Sublimat-Quantität, 3. Schnelligkeit der Heilung, 4. Gefahrlosigkeit, 5. die Behandlung ist unauffällig und nicht mit Berufsstörung verknüpft. Nachteilig sei: 1. die Unmöglichkeit, die Injektion dort zu machen, wo das oberflächliche Venennetz nicht leicht zugänglich ist, 2. das schnelle Eintreten von Recidiven. Göbl will die Methode nur für bestimmte Ausnahmefälle reserviert wissen.

(Die Gefahren sind bekanntlich von anderer Seite viel schärfer betont worden; mit Rücksicht auf die Thrombosenbildung ist grofse Vorsicht nötig. Ref.)

Neuhaus-München.

Über die Wirkung und Verwendbarkeit der von Bacelli empfohlenen intravenösen Sublimatinjektionen, von Dr. M. Dinkler. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 18—20.) Nach vielfachen Versuchen auf der Heidelberger Klinik kommt Verfasser zu dem Ergebnis, dafs, so verlockend auch die Lichtseiten der Bacellischen Methode, nämlich die schnelle und sichere Wirkung für die Behandlung der Syphilis, erscheinen, doch die Zahl der Schattenseiten zu grofs ist. Zunächst ist zu erwähnen, dafs nur wenige Individuen so oberflächliche und weite Hautvenen besitzen, um der intravenösen Injektionskur unterworfen zu werden; ferner entstehen regelmäfsig Thrombosen in den Venen, die zur völligen Obturation führen können und, abgesehen von der Unterbrechung der Kur, die Möglichkeit verschiedener Komplikationen (embolische Vorgänge, Thrombosen in anderen Organen, Erschwerung der venösen Cirkulation etc.) nahe legen. Noch schwerer fällt jedoch die Thatsache ins Gewicht, dafs die Schutzkraft, welche die intravenöse Sublimatbehandlung gegenüber den Recidiven hat, eine sehr geringe ist, indem schon nach 1—3 Monaten schwere Recidive auftreten. Der Grund für diese ungenügende Nachwirkung, welche auch von Blaschko beobachtet wurde, scheint in der raschen Ausscheidung des Hg aus dem Organismus zu liegen. Verfasser glaubt daher, die intravenösen Injektionen wegen ihrer schnellen Wirkung nur bei den rapide fortschreitenden Formen der Haut- und Schleimhautsyphilide, sowie vor allem bei den schweren Fällen von Syphilis des

Zentralnervensystems als Einleitung der antiluetischen Behandlung empfehlen zu können. In ganz verzweifelten Fällen dürfte sich vielleicht auch eine gleichzeitige Anwendung der Inunktions- und Injektionskur rechtfertigen lassen.

L. Hoffmann-Berlin.

Über den Wert der intravenösen Sublimatinjektionen in der Behandlung der Syphilis, von P. Colombini. (Siena, Tipogr. Cooper. 1894.) Die Technik und die bisherigen Publikationen aus den Kliniken zu Rom und Genua werden besprochen. C. selbst hat bei 18 Kranken ohne spezielle Auswahl im ganzen 492 Injektionen gemacht in steigenden Dosen von 0,001—0,005 im Einzelfall bis zu 40 und hat nie irgendwelche lokale oder schwerere Allgemeinerscheinungen beobachtet. Kleine Blutaustritte aus der in die Vene gesetzten Öffnung kommen in 2—3% der Injektionen vor, sind aber ohne Belang. Die Stomatitis scheint etwas häufiger aufzutreten, wie bei anderen Behandlungsmethoden. Die Schmerzen sind bedeutend geringer, als bei subkutanen oder intramuskulären Injektionen.

Bei den letzteren (Kalomel 0,1) erscheint die erste Quecksilberspur im Urin nach 2—3 Stunden und nach 4—5 Stunden im Speichel; die Elimination des Hg dauert noch einige Monate nach Sistierung der Injektionen in wechselnder Stärke an. Bei der Bacellischen Methode kann das Hg bereits nach 40 oder 50 Minuten im Harne und nach 1—2 Stunden im Speichel nachgewiesen werden; nach 5—6 Tagen wird kein Hg mehr im Harn gefunden.

Die Wirkung der intravenösen Applikation ist demnach eine raschere, aber auch schneller vorübergehende; 20—30 intravenöse Injektionen erzielen den nämlichen Erfolg, wie 1—2 Kalomel- oder 8—10 hypodermatische Sublimatinjektionen. Die Dauer der Behandlung muſs demnach länger sein, als bei den üblichen Methoden. Um ein Urteil über die Häufigkeit der Recidive zu gewinnen, ist die Erfahrung des Verfassers zu gering und die Zeit zu kurz. Die Persistenz der Drüsenschwellungen während und nach den Injektionen spricht jedenfalls nicht zu deren Vorteil. Bei der Syphilis handelt es sich meist nicht um die rasche, sondern um die eingreifende und andauernde Wirkung des Hg. Die Dosen bei intravenöser Applikation sind zu klein und werden zu rasch eliminiert um eine tiefere Wirkung hervorzubringen. Verfasser möchte demnach die neue Methode nur ausnahmsweise und nur in leichten Fällen sekundärer Syphilis angewendet wissen, in denen kleine und flüchtige Dosen zur Heilung genügen. (Referent möchte auf die von Jemma und Bacelli veröffentlichten Fälle von Gehirnsyphilis hinweisen, bei welchen die gewohnten Behandlungsmethoden ohne jeden Erfolg geblieben waren, und in denen gerade die Raschheit der Wirkung von hohem Werte war. Leichte Fälle wird man wohl kaum mit täglichen, umständlichen Proceduren behandeln). *H. Einhorn-München.*

Lues und Hydrotherapie, von Breyer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 17.) Der Verfasser berichtet über Besserungen durch hydropathische Kuren bei zwei Patienten mit Erscheinungen einer Erkrankung des Nervensystems, deren Zusammenhang mit Lues ebenso fraglich, wie die ganze Schilderung mangelhaft ist und einem Laien vielleicht allenfalls genügen könnte. Er spricht von einer Erblindung, von Erscheinungen einer Rückenmarkserkrankung, ohne die objektiven Befunde, (wie etwa den hoffentlich doch aufgenommenen Augenspiegelbefund etc.) auch nur anzudeuten. Solche Mitteilungen sollten in einem wissenschaftlichen Blatte keinen Platz finden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Behandlung der Syphilis mit subkutanen Injektionen von Succinimid-Quecksilber, von Albert Herz. (Inaug.-Dissert. Strafsburg 1893.) Nach einer ausführlichen Einleitung über die subkutane Behandlung der Syphilis und die dazu verwendeten Präparate giebt Verfasser die Resultate Wolffs bei der Anwendung

des Succinimid-Quecksilbers wieder. Es ist ein weifses, seidenartiges, in 25 Teilen Wasser lösliches Pulver; die Formel für die Injektionen lautet:

Hydrarg. succinimid.	0,65
Cocain. muriat.	0,5
Aq. dest.	50,0

Es wurden täglich 1—2 Spritzen injiciert, im ganzen 24—30, selten mehr, und zwar tief in das Unterhautzellgewebe am Rücken. Schmerz gering. Abscefs sehr selten, nur bei Fehlern der Antisepsis; fast stets Zunahme des Körpergewichts; prompte Wirkung. Recidive relativ seltener. Also im ganzen ein warm zu empfehlendes Präparat. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Lokalbehandlung der Syphilis, von Raymond. (*La méd. mod.* 1895. No. 27.) Gestützt auf die Thatsache, dafs gewisse syphilitische Manifestationen, wie die Initialsklerose (Kalomel), die Plaques (Hg-Nitrat), die ulcerierten Gummata (Vigopflaster), der lokalen Therapie leicht und erfolgreich zugänglich sind und von der Ansicht ausgehend, dafs jede krankhafte Erscheinung frischer Syphilis einen Herd repräsentiert, von dem aus sich das Gift im Organismus ausbreitet, will R. die lokale Therapie auch auf andere als die angeführten Erscheinungen ausdehnen. Bereits Lewin und Köbner haben die günstige Wirkung der Hg-Einreibungen bei Roseolaexanthemen nachgewiesen. Neben der spezifischen Wirkung des Hg kommt hier nämlich noch die Massage in Betracht, durch welche eine raschere Resorption der Exsudate stattfindet. Gegen die Plaques muqueuses der verschiedenen Körpergegenden verordnet R. Zerstäubungen von 1%igen Sublimatlösungen, gegen ulcerierte Syphilome Sublimatkompressen oder Vigopflaster, welches letztere auch bei nichtulcerierten Gummata, deren Ulceration es verhindert, seine Indikation findet. In sehr schweren Fällen kommen eventuell Auskratzungen und Kauterisationen der ulcerierten oder nekrotischen Stellen zur Anwendung. *C. Müller-Freiburg (Schweiz).*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Kastration bei Prostatahypertrophie, von W. White. (*Brit. med. Journ.* 23. Juni 1894.) Verfasser berichtet über die ersten im Dezember 1892 an Hunden angestellten Versuche, stellt die Berichte über günstige Resultate der an Menschen vorgenommenen Kastration bei Prostatahypertrophie aus der Litteratur zusammen und teilt die Krankengeschichte des letzten Falles aus seiner Praxis mit. Es handelte sich um einen 64jährigen Patienten mit stark vergröfserter Prostata. Der Urin war zeitweilig blutig, enthielt viel Schleim, hatte einen penetranten Geruch und konnte nur mittelst Katheters entleert werden. Nach der Kastration besserten sich, indem die Prostata allmählich ihre normale Gröfse wieder erlangte, sämtliche krankhaften Symptome. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Behandlung der Prostatavergröfserung durch Kastration, von C. M. Moullin-London. (*Brit. med. Journ.* 3. November 1894.) Ein 81jähriger Greis kam ins Londoner Hospital mit Urinretention infolge von Prostatahypertrophie. Bei der Untersuchung per Rectum wurde ein mächtiger Tumor gefühlt, der keinen Katheter durch die Urethra passieren liefs. Die suprapubikale Prostatektomie schien bei dem hohen Alter des Patienten zu gefährlich, weshalb mit seiner Einwilligung die Kastration nach den gewöhnlichen Regeln der Kunst vorgenommen und glücklich ausgeführt wurde. Der Patient befand sich wohl. Schon am nächsten Tage kam der Urin freier. Zehn Tage später war die Prostatahypertrophie kleiner, drei Wochen nach der Operation war sie verschwunden. Ein gewöhnlicher Katheter passierte mit Leichtigkeit und

ohne besonderes Forcieren seitens des Verfassers die Urethra. Der gleichzeitig ins Rectum eingeführte Finger fühlte nur ein diffuse Verdickung längs des Katheters, so klein und so weich, dafs der Schaft des Katheters überall durchgefühlt werden konnte.

Verfasser bespricht die diesbezügliche Litteratur.

Es ist längst bekannt, dafs in der Kindheit vorgenommene Kastration die Entwickelung der Prostata verhindert. Nunmehr steht es fest, dafs Kastration die vergröfserte Drüse zum Schwinden bringt. Das Wunderbarste bei der Sache ist die Rapidität, mit der die regressive Metamorphose vor sich geht. Dieselbe ist nicht lediglich eine vaskuläre, sondern es ist der vollständige Schwund einer fibro-adenomatösen Geschwulst. Vielleicht spielt hier auch das Nervensystem eine Rolle, denn nach Watson verursacht unilaterale Kastration unilaterale Atrophie der Prostata.

Für die Praxis ist die Thatsache von aufserordentlichen Werte. Man wird zur Kastration gewifs nur in verzweifelten Fällen schreiten, man wird sie aber namentlich bei Leuten, bei denen die sexuelle Potenz nicht mehr in Frage kommt, der gefährlicheren Prostatektomie und der Drainage der Blase vorziehen.

C. Berliner-Aachen.

Die Behandlung der Prostataschwellung durch Kastration. (*Americ. med.-surg. Bull.* 15. November 1894.) Aus einer Zusammenstellung von zehn Fällen aus der Litteratur geht hervor, dafs die Resultate der Kastration günstiger sind, als die der bisher geübten chirurgischen Eingriffe. *Einhorn-München.*

Die Kastration als Mittel zur Beseitigung der Prostatahypertrophie, von J. W. White. (*Med. News.* 15. Dezember 1894.) Zur Zeit der Abfassung dieser Mitteilung waren zwölf solche Fälle publiziert worden. Verfasser giebt ein Resumé der vier letzten, welche von B. M. Ricketts, J. J. Thomas, Moullin und von Mayer und Haenel operiert worden waren. Alle vier Operationen waren von bestem Erfolg begleitet. Ferner verweist W. auf die Arbeit von Launois (*Ann. des mal. des org. gén.-ur.* Oktober 1894) und spricht seine Überzeugung aus, dafs das Verfahren volle und unleugbare Berechtigung besitze. *Philippi-Remscheid.*

Kastration bei Prostatahypertrophie, von W. White-Pennsylvania. (*Brit. med. Journ.* 5. Januar 1895.) W. stellt die Krankengeschichten der mit Kastration behandelten Fälle von Prostatahypertrophie aus der Litteratur zusammen und verspricht demnächst weitere Erfahrungen aus seiner eigenen Praxis zu veröffentlichen. Die Einwürfe, die gegen die Operation gemacht werden, seien vielfach sentimentaler, den Verlust der Virilität betreffender Natur. *C. Berliner-Aachen.*

Kastration gegen Prostatahypertrophie, von J. Swain-Bristol. (*Brit med. Journ.* 5. Januar 1895.) Verfasser beschreibt folgenden Fall. Ein 73jähriger Greis litt seit fünf Jahren an Beschwerden und Schmerzen beim Urinieren und war während dieser ganzen Zeit fast stets gezwungen, einen Katheter zur Entleerung der Blase zu gebrauchen. Zweimal war bereits völlige Urinretention eingetreten, verschiedene Male hatte er blutigen Urin gelassen. Des Nachts mufste der Patient wenigstens viermal aufstehen, um den Urin mittelst Katheters herauszulassen.

Bei der Aufnahme des Patienten wurde per rectum eine harte, prominierende Geschwulst von der Gröfse einer Orange festgestellt. Der Patient war sehr schwach, die Temperatur erhöht, ein Katheter konnte nicht eingeführt werden. Die Blase mufste durch Aspiration oberhalb der Pubes entleert werden. Der Urin zeigte die Anzeichen von Zersetzung und enthielt relativ grofse Quantitäten von Blut. Da die Symptome täglich bedenklicher wurden, entschlofs sich Verfasser zu doppelseitiger Kastration. Die Kastration wurde am 11. September ausgeführt. Schon sieben Tage später konnte der Patient zunächst eine kleine Quantität Urin ohne Katheter lassen. Diese Quantität

wuchs in den nächsten Tagen stetig, während die Prostata gleichzeitig kleiner wurde. Nach drei Wochen konnte der Patient allen Urin auf natürlichem Wege allein entleeren. Nach fünf Wochen wurde der Patient aus der Behandlung entlassen. Sein Zustand hatte sich vollständig gebessert. Die Prostata war nur noch so groſs wie eine Kastanie. Ein Katheter passierte mit Leichtigkeit die Urethra. Der Urin war klar; kein Residualharn in der Blase vorhanden. Verfasser sah den Patienten dreizehn Wochen nach der Operation wieder und erfuhr, daſs derselbe nicht ein einziges Mal mehr den Katheter nötig hatte, auch des Nachts nicht aufzustehen brauchte, um Harn zu lassen. Die Prostata war seitdem noch etwas kleiner geworden.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Prostatahypertrophie durch Kastration geheilt, von Dr. R. Lütkens-Celle. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 5.) Verfasser beschreibt einen solchen Fall, bei dem zehn Tage nach der Operation ein deutliches Kleinerwerden der Prostata konstatiert werden konnte. Nach einigen Monaten war von der Hypertrophie nichts mehr vorhanden, und der Patient konnte, nachdem das Katheterisieren nach der Operation immer seltener ausgeführt zu werden brauchte, um diese Zeit in dickem, kräftigem Strahle urinieren. Der Patient ist vollkommen gesund, kräftig und heiter.

L. Hoffmann-Berlin.

Sieben Fälle von doppelter Kastration wegen Prostatahypertrophie, von H. O. Walker. (*New York med. Journ.* 20. April 1895.) Drei von diesen Fällen sind im Anfang dieses Jahres (Januar und Februar) vom Verfasser operiert worden, und die Resultate sind, obschon ganz befriedigend, doch zu neuen Datums, um vollständig beweiskräftig zu sein. Sie betrafen Patienten im Alter von 65, 71 und 63 Jahren, alle mit Cystitis, Prostatahypertrophie und Urinbeschwerden, welche Katheterisieren nötig machten. Alle drei wurden durch die Operation wesentlich gebessert, namentlich konnte der Katheter bei zweien gänzlich, bei dem einen Patienten zeitweilig entbehrt werden, und die Schmerzen verschwanden völlig. Die übrigen vier Fälle stammen aus der Praxis von H. Tupper. Von diesen wurden drei wegen langdauernder hartnäckiger Neuralgie der Hoden kastriert, einer behufs Heilung einer akuten Manie. Bei allen war die Wirkung auf die gleichzeitige Blasenaffektion eine ausgezeichnete, und sogar die Geistesstörung verschwand nach der Operation. Diese Fälle sind in den Jahren 1877, 1882 und 1886 vorgekommen und waren nicht in der bewuſsten Absicht, auf die Prostata einzuwirken, operiert worden, um so objektiver dürften also die Aufzeichnungen ausgeführt sein. Merkwürdig ist noch die Mitteilung des einen Patienten, daſs er nach der Kastration viel besser koitieren konnte, als die letzten sechs Jahre zuvor.

Philippi-Remscheid.

Entfernung der Hoden wegen Prostatahypertrophie, von J. L. Stretton. (*Lancet.* 27. April 1895.) Der Fall ist insofern nicht ohne Bedeutung, als der Befund durch Autopsie bestätigt wurde; bei der Entlassung aus dem Krankenhause nach der Operation konnte der Patient ohne Hülfe spazieren gehen und war auch in anderer Hinsicht wesentlich gebessert. Bald nachher bekam er aber Delirien, wurde sehr hinfällig und starb am 24. Tage nach der Entlassung. Die Obduktion ergab eine Verdickung der Blasenwand mit unregelmäſsigen Muskelstreifen, in den verschiedensten Richtungen verlaufend. Die Prostata hatte die Gröſse wie das Ei eines Bantamhuhns (Perlhuhn).

Philippi-Remscheid.

In re Whitesche Operation bei Prostatahypertrophie, von J. W. White. (*Med. News.* 4. Mai 1895.) Verfasser wendet sich in einem ausführlichen Briefe an den Herausgeber gegen die Angriffe, welche von Belfield im *Journ. amer. med. Ass.* und von Bangs im *Med. Rec.* auf seine Operation unternommen worden sind. Er

selbst sei von dem lebhaften Wunsche beseelt, dafs das Verfahren nicht kritiklos bei allen möglichen Fällen angewandt werde. Auch seien genaue und von dritten und vierten Beobachtern kontrollierte Beobachtungen noch erforderlich. Seine eigenen Fälle sind von vielen Ärzten vor und nach der Operation untersucht worden, so dafs ein Irren betreffs des Resultates nicht möglich ist. Und die klinischen Erfolge in Amerika sowohl, als auch in Europa sprechen entschieden zu Gunsten dieser Methode. Bei dieser Gelegenheit erwähnt er auch folgenden Fall: Vor Monatsfrist wurde ein 76jähriger Greis mit Prostatahypertrophie, Cystitis und Blasenstein kastriert, in der ausgesprochenen Absicht, die Litholapaxie nach Abnahme der Schwellung der Vorsteherdrüse auszuführen. Nach 14 Tagen war letztere auf ein Sechstel ihrer vorherigen Gröfse geschrumpft, die Cystitis war fast verschwunden, und die Zertrümmerung des Steines gelang aufs beste. Zum Schlufs führt W. einige Worte Listers an, der diese Operation unbedingt als einen wichtigen Fortschritt bezeichnet.

Philippi-Remscheid.

Beiderseitige Kastration wegen Prostatahypertrophie. Ein Protest von S. Alexander. (*New York med. Journ.* 11. Mai 1895.) Selbst die sehr begeisterten Anhänger dieser Operation werden zugeben, dafs A. in diesem Vortrag, welcher bereits am 2. Januar 1895 gehalten wurde, eine durchaus zeitgemäfse Warnung ausgesprochen hat. Denn die Operation ist zur Zeit noch kaum aus dem Stadium eines wissenschaftlichen Experimentes herausgetreten, und dabei sind viele der veröffentlichten Berichte so unausführlich, dafs man daraus kaum irgend welche bestimmte Schlüsse ziehen kann. Mit Recht verlangt Verfasser, dafs eine jede Mitteilung über solche Fälle enthalten soll: 1. die „Katheter-Geschichte" des Patienten, 2. die durch Bettruhe und regelmäfsiges aseptisches Katheterisieren zu erzielende Wirkung; 3. Erwähnung des hypertrophierten Teiles der Prostata; 4. Beschaffenheit der Blasenmuskulatur; 5. Menge des Residualurins; 6. Länge der Urethra bei wiederholten Messungen. Er bespricht die bisherigen Publikationen unter Anführung kurzer Excerpte aus denselben und berichtet kurz über einzelne eigene Beobachtungen, bei denen Atrophie der Prostata mit mangelhafter Entwickelung der Hoden Hand in Hand ging. Trotzdem sei aber nicht erwiesen, dafs die Entfernung der Testikel Schrumpfung der hypertrophischen Prostata bewirken könne, und wahrscheinlich seien die bisherigen Erfolge auf die Bettruhe, das sorgfältige Katheterisieren und andere Nebenumstände zurückzuführen.

Bei der darauffolgenden Diskussion stimmten E. L. Keyes und L. B. Bangs dem Redner lebhaft zu. *Philippi-Remscheid.*

Betreffs der Kastration bei Prostatahypertrophie, von J. W. White. (*Brief an die Medical News.* 25. Mai 1895.) W. verteidigt sich energisch gegen die von Alexander und anderen im *New York med. Journ.* vom 11. Mai 1895 vorgebrachten Angriffe auf diese Operation (vorhergehendes Referat). Er macht darauf aufmerksam, dafs seit den Publikationen, auf Grund deren Alexander seine Kritik ausgeübt hat, betreffs mehrerer Fälle nachträgliche Mitteilungen erschienen sind, und meint, dafs die Namen der verschiedenen hervorragenden Chirurgen in Europa und Amerika genügende Bürgschaft dafür sind, dafs alle anderen Mittel vorher sich als vergeblich erwiesen hätten, und dafs die mitgeteilten Beobachtungen den Thatsachen entsprechen, dafs demnach die Operation ihre volle Berechtigung besitze. *Philippi-Remscheid.*

Die Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst Kastration, von R. Spencer. (*Med. News.* 25. Mai 1895.) Ein 64jähriger Mann wurde wegen Urinbeschwerden, hochgradiger Abmagerung und sog. rheumatischer Schmerzen am 6. Dezember 1894 im Hospital aufgenommen. Es bestand intensive Cystitis, gelegent-

liche Hämaturie, Fieber, zeitweilig Retentio urinae und zeitweilig Inkontinenz des Urins und der Faeces. Durch einen Unfall brach ihm beim Katheterisieren ein Stück seines Katheters innerhalb der Blase ab und mufste auf operativem Wege entfernt werden. Da alle andere Behandlung fehlschlug, wurden am 30. März 1895 beide Testikel entfernt. Darauf trat eine unleugbare Wendung zum Besseren ein, und die Prostata, welche vorher apfelsinengrofs gewesen war, wurde am 30. April 1895 um die Hälfte verkleinert gefunden. *Philippi-Remscheid.*

Bemerkungen über eine neue chirurgische Schwärmerei, die Kastration wegen Prostatahypertrophie, von G. F. Lydston. (*Med. News.* 15. Juni 1895.) In einem ausführlichen „Brief an den Herausgeber" protestiert L. sehr energisch gegen die verallgemeinerte und kritiklose Anwendung dieser Mafsregel, deren Wert er im übrigen bei einigen der mitgeteilten Fälle durchaus nicht abstreiten will. Mit vollem Recht warnt er namentlich seine amerikanischen Kollegen, dafs die ungerechtfertigte, resp. erfolglose Anwendung dieser Operation sie späterhin sehr leicht in einen sehr kostspieligen Prozefs wegen Kunstfehlers verwickeln könnte. Für die glückliche Weiterentwickelung der Methode ist das „Rettet mich vor meinen Freunden" zur Zeit entschieden die Hauptsache. Namentlich ist nie mit Bestimmtheit festzustellen, ob die virile Zeugungskraft thatsächlich erloschen ist oder nicht, wie L. an einigen Beispielen erläutert. (Der verstorbene Credé in Leipzig erklärte, sie höre zeitlebens nicht auf. Ref.) Dafs der Verlust des einen Hodens keinen besonderen hemmenden Einfluls auf die Entwickelung der Prostata ausüben kann, beweisen vier Beobachtungen L.'s aus früherer Zeit, bei denen trotz traumatischer, resp. kongenitaler Abwesenheit des einen Testikels Entzündung und deutlich nachweisbare Vergröfserung der Prostata bestand. Es empfehle sich, mehr Bedacht auf eine möglichst frühzeitige Ausführung der Prostatotomie, resp. der Prostatektomie bei diesen sonst aussichtslosen Erkrankungen zu nehmen. *Philippi-Remscheid.*

Kastration, eine einfache leichte und schnelle Methode der Ausführung derselben, von H. H. Kane. (*New York med. Journ.* 22. Juni 1895.) Unter allen antiseptischen Kautelen wird in der Narkose zunächst ein Schnitt auf jeder Seite des Scrotums in etwa zollanger Ausdehnung zur Bloflegung der Samenstränge geführt Nach doppelter Unterbindung derselben mit starkem Katgut wird der untere Teil des Scrotums nebst beiden Hoden mit einer Klammer (Henrys) gefafst und abgetragen. Nach Stillung der Blutung werden die drei Schnittwunden mit Knopfnähten geschlossen und ein passender Verband angelegt. Bei seiner letzten Operation hat Verfasser es für zweckmäfsiger gefunden, die Klammer in sagittaler, statt in der transversalen Richtung anzulegen. Es wird zugleich ein Bericht über fünf von ihm durch Kastration behandelte Fälle von Prostatahypertrophie versprochen. *Philippi-Remscheid.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig 1.

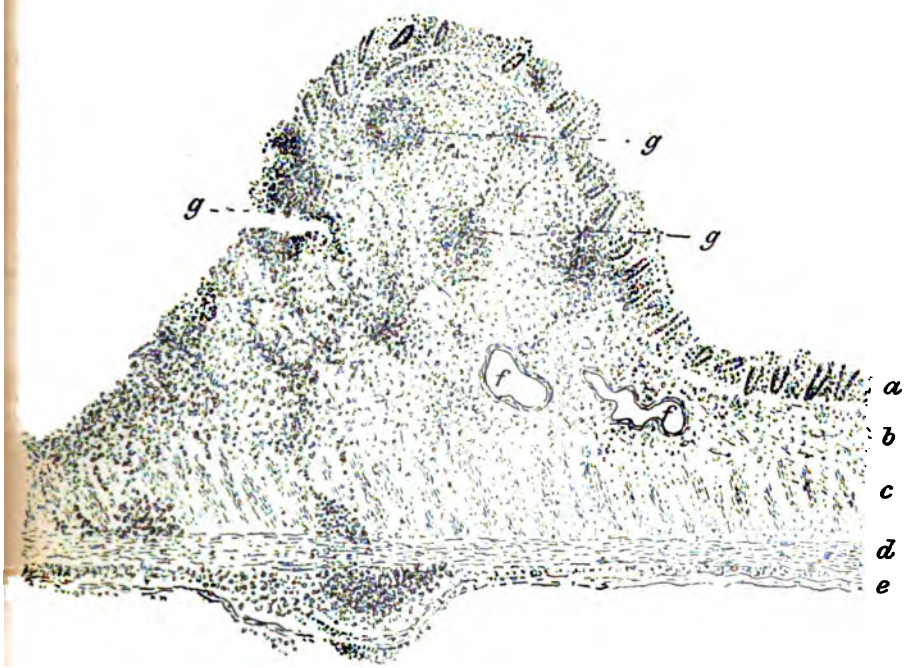


Fig 2.

r, *Lepra.*

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXII. No. 6. 15. März 1896.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Acidum carbolicum liquefactum auf die gesunde Haut.

Von

Dr. Adalbert Frickenhaus.

(Mit Tafel V.)

Bei der geradezu riesenhaften Litteratur, welche über die Karbolsäure vorliegt, muſs es wunder nehmen, daſs die Zahl derjenigen Arbeiten eine recht geringe ist, welche sich mit den durch die Karbolsäure erzeugten pathologischen Veränderungen auf und in der Haut befassen.

„Lemaire,“[1] sagt Husemann[2] in seinen vortrefflichen „*Toxikologischen Studien über Karbolsäure und Kreosot*“, „Lemaire hat zuerst die Wirkung der Karbolsäure auf die Haut der Säugetiere studiert, und zwar beim Meerschweinchen. Er giebt darüber an, daſs beim Bepinseln mit Karbolsäure die rosenrote Hautfärbung in einigen Augenblicken einer milchweiſsen Platz mache. Später wird die Epidermis runzelig, trocken, und es tritt eine braune Färbung ein, die sich längere Zeit hält. Später erfolgt die Rückkehr zur Norm durch Desquamation. Auch bei Hunden und Pferden sah Lemaire bei reichlicher Applikation der Säure einen trockenen, in 10—12 Tagen sich losstoſsenden Schorf entstehen, unter dem das Gewebe leicht feucht erschien, ohne daſs Suppuration stattfand.“

Die citierte Monographie Lemaires, eine im wesentlichen toxikologische Arbeit, welche nach Husemann hauptsächlich das Karbol in Frankreich einbürgern half, war mir leider im Original nicht zugänglich.

„Sehr genau sind“ — ich gebrauche noch die Worte Husemanns — „die Veränderungen der Haut am Säugetiere, und zwar an der Ohrmuschel eines Kaninchenalbinos, wobei Gemische von 1 Teil Karbolsäure, 3, 4 und

[1] Lemaire, De l'acide phénique, de son action sur les vegetaux, les animaux etc. Paris 1865.

[2] Husemann, Toxikologische Studien über Karbolsäure und Kreosot. *Dtsch. Klinik.* 1870. No. 38ff.

8 Teilen Alkohol zur Anwendung kamen, von ISIDOR NEUMANN[3] (*Wien. med. Wochenschr.* 1867. No. 35) untersucht."

NEUMANN kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgendem Resumé:

„1. Die Karbolsäure ist in konzentrierter Lösung ein intensives Ätzmittel, sie ätzt auch über die Partien hinaus, auf welche sie unmittelbar appliziert wird, daher ihr Eindringen in die Tiefe, bei Einreibung in die Haut.

2. Die Gewebe werden durch die Karbolsäure durchsichtig, ohne zu quellen.

3. Nach intensiver Ätzung sind die einzelnen Gewebselemente des Schorfes noch deutlich zu erkennen. (Unterschied von vielen anderen Schorfen.)

4. Ihre Einwirkung auf die Gewebe ist mehr eine Mumifikation als Zerstörung derselben.

In Beziehung auf den Ätzschorf konstatiert NEUMANN folgendes:

„Vor allem fällt die Durchsichtigkeit des ganzen Gewebes auf, welches sich von dem Ansehen nach Reaktion mit Essigsäure nur dadurch unterscheidet, dafs es nicht aufquillt. Ein feiner Parallelschnitt einer gesunden Partie des Kaninchenohres ist nur viel dunkler. Die Haare und Knorpelzellen sind unverändert. Das Corium ist mit zahlreichen Kernwucherungen gefüllt. Die Richtung der Blutgefäfse ist durch braunrot gefärbte Striche zu erkennen."

NEUMANN ging in der Weise vor, dafs er einem Kaninchenalbino subkutan in die Haut des einen Ohres drei, in die des anderen vier Tropfen obiger Karbollösung injizierte.

In einer weiteren mehr toxikologischen Arbeit, welche Herr Hofrat NEUMANN die Liebenswürdigkeit hatte, mir auf Ansuchen zu überlassen, empfiehlt derselbe das Karbol auf Grund einer Anzahl mitgeteilter Fälle als Ätzmittel bei einer Reihe circumskripter Hauterkrankungen. Namentlich bei Lupus erythematodes befürwortet er seine Anwendung wegen seiner schönen Narbenbildung trotz der im Vergleich zu anderen Causticis längeren Heilungsdauer. Während er zu der inneren Anwendung des Karbols bei Hautkrankheiten nicht raten kann, weist er ihm seinen noch jetzt gültigen Platz als wirksames Causticum in der Dermatotherapie an.

Es ist ein grofses Verdienst NEUMANNS,[4] die Indikationen für die

---

[3] ISIDOR NEUMANN, Über die Einwirkung der Karbolsäure auf organische Gewebe. *Wien. med. Wochenschr.* 1867. pag. 549—551. — Über die therapeutischen und physiologischen Wirkungen der Karbol- oder Phenylsäure auf das Hautorgan. *Allgem. Wien. med. Ztg.* 1867. XII. 120.

[4] ISIDOR NEUMANN, Über die Wirkung der Karbolsäure auf den tierischen Organismus, auf pflanzliche Parasiten und gegen Hautkrankheiten. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1869. III.

Karbolsäure, die in den sechziger Jahren als Panacee für alle möglichen äufseren und inneren Erkrankungen angepriesen und gebraucht wurde, kritisch gesichtet und eingeengt zu haben. Eine grofse Anzahl von vielfach tödlich verlaufenden Vergiftungen giebt Zeugnis von der in jener Zeit üblichen sorg- und kritiklosen äufseren und inneren Anwendung des Karbols. Eine Reihe dieser Vergiftungen datiert teils von zufälliger oder irrtümlicher Applikation des Karbols auf die Haut, teils in anderen Fällen von ordinierten Einreibungen. Wer sich dafür interessiert, findet diese Fälle ziemlich vollständig zusammengestellt in *Virch. Arch.* Bd. 85. pag. 263ff. und von Dr. G. J. C. MÜLLER-Posen.[5]

Um die Möglichkeit der Intoxikation von nicht einmal sehr ausgedehnten Hautoberflächen aus zu illustrieren, möge es mir gestattet sein, zwei typische Fälle anzuführen, zunächst einen, den MÜLLER nicht aufzählt: Death from the external application of carbolic acid accidentally applied. (*Brit. med. Journ.* 1870. No. 510. Referiert im *Centralbl. f. d. med. Wissensch.* 1870. pag. 800.)

Ein einjähriges, ganz gesundes Kind wird auf einen Holzblock gesetzt, auf den kurz vorher eine zur Desinfektion des Zimmers bestimmte Karbolsäurelösung (1 Unze auf 1 Quart Wasser) gespritzt worden ist. Am anderen Tage zeigt sich die ganze Gesäfsgegend bis zu den Labien hin stark ulceriert, und das Kind ging am zehnten Tage zu Grunde. Nachforschungen, die SANDWELL angestellt hat, haben ihn belehrt, dafs sehr oft Entzündungen und selbst Blasenbildungen der Gesäfsgegend auftreten, wenn Leute ein Klosett benutzen, das kurz vorher mit Karbolsäure desinfiziert worden ist.

Weiter möge hier der Fall WILKES aus dem Hospital zu Göttingen Platz finden, den auch MÜLLER erwähnt. Einem favuskranken Manne wurde reine flüssige Karbolsäure auf zwei Drittel der kahlgeschorenen Kopfhaut aufgepinselt. Patient klagte sofort über Kopfschmerz und Schwindel, war nach einigen Minuten bewufstlos und cyanotisch. Der Tod erfolgte bald darauf.

Im allgemeinen sind circumskripte Karbolätzungen, wie wir sie in der Dermatologie anwenden, durchaus unbedenklich. Ich habe in der UNNAschen Klinik selbst Flächen von Fünfmarkstückgröfse und darüber so behandeln gesehen. Konzentrierte Lösungen verbinden sich stürmisch mit dem Organeiweifs, eine Fähigkeit, welche von verdünnten Lösungen erst die 5%ige besitzt, dagegen der 3%igen nicht mehr zukommt. (HUSEMANN).[6] Sämtliche Lösungen jedoch haben, wie uns die Intoxikationsfälle lehren, das Vermögen, die Hornschicht zu durchdringen, bezw. zu zerstören, und

[5] Dr. G. J. C. MÜLLER-Posen, Über akuteste Form der Karbolsäurevergiftung, sowie über reflektorische Natur einiger Giftwirkungen. *Virch. Arch.* Bd. 85. pag. 263.
[6] HUSEMANN, *Arzneimittellehre.* (Berlin, J. Springer. 1883.)

wässerige Flüssigkeiten werden von der Haut aus nur dann resorbiert, wenn sie Schädigungen der Hornschicht bedingen, wie Th. Du Mesnil (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1893. No. 51. Heft 6) bewiesen hat.

Die Theorien, wie das Karbol zur Aufnahme gelangt, ob in flüssigem oder gasförmigem Zustand, und wie die Intoxikation besorgt wird, beschäftigen uns hier nicht. Dermatologisch-histologische Untersuchungen solcher Fälle liegen nicht vor, oder wurden nicht veröffentlicht. Wohl aber existieren etliche allgemein bemerkenswerte, experimentell-pathologische Arbeiten, die mir aber im Original nicht zugänglich waren. Es sind das die Arbeiten von Huels[7] 1872, Bill[8] 1872, Prudden[9] 1882, sowie die Arbeit von Samuel in *Virch. Arch.* Bd. 51: „Über die trophischen Nerven."

Von den vorliegenden Arbeiten über Karbolgangrän endlich stützt sich allein die experimentelle Arbeit von Frankenburger[10] auf pathologisch-anatomische Untersuchung. Die neueste, soeben im Buchhandel erschienene *Thèse de Paris* 1895 von Alingrin[11] bringt wohl eine grofse Aufzählung einzelner Fälle aber keinen histologischen Befund. Alingrin macht für den Eintritt der Gangrän mit Max Kortüm[12] die Schädigung trophischer Nerven verantwortlich. Wir haben zu der Frage kaum Stellung zu nehmen, und ich begnüge mich noch mit der Mitteilung, dafs ich eine Reihe von Zeitschriften und Lehrbüchern der pathologischen Anatomie nach histologischen Daten über die Karbolsäure im wesentlichen mit negativem Erfolge durchsucht habe.

Der einzige, der die Karbolwirkung auf die menschliche Haut in neuester Zeit genauer beschreibt, ist Unna.[13] Derselbe hat sie aus Anlafs ihrer Einwirkung auf lupöses Gewebe im angrenzenden gesunden Bezirk untersucht. Unna[14] giebt die Resultate dieser Untersuchungen in seiner *Histopathologie* folgendermafsen wieder.

„Einigermafsen," sagt Unna, „sind wir über die Karbolgangrän orientiert. Frankenburger wies nach, dafs dabei die Cirkulation durch Entstehung kapillärer Thrombosen aufgehoben und damit eine weitere Resorption des Giftes von der verätzten Haut verhindert wird. Ich

---

[7] P. Huels, *Wirkung der Karbolsäure auf rote Froschblutkörperchen.* Inaug.-Dissert. Greifswald 1872.

[8] J. H. Bill, On carbolic acid its composition, proporties etc. *Americ. Journ. of Med. Soc.* Juli 1872.

[9] Prudden, *Americ. Journ. of Med. Soc.* 161. 1882.

[10] A. Frankenburger, Über Karbolgangrän. *Exper. Unters.* Inaug.-Dissert. Erlangen 1891.

[11] Alingrin, Marie-Aimée, Contribution à l'étude de la gangrène phéniquée. *Thèse.* Paris 1895.

[12] Max Kortüm, Über Karbolnekrose. *Intern. klin. Rundsch.* Wien 1880. No. 52.

[13] Unna, Die Einwirkung von Karbolsäure und Nelkenöl auf Lupusgewebe. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. 13. pag. 463 ff.

[14] Unna, *Histopathologie der Hautkrankheiten.* pag. 1045 u. 1046. Berlin. Hirschwald 1894.

untersuchte den Einfluſs der konzentrierten Karbolsäure speziell auf lupöse Haut und führe hier nur die Veränderungen an, welche sich dabei an der gesunden Umgebung der Lupusknötchen wahrnehmen lieſsen.

Bei einmaliger Applikation von konzentrierter Karbolsäure entsteht innerhalb des Epithels eine in genau horizontaler Linie scharf sich absetzende Verschorfung, welche bei mehrfacher Applikation, langsam und stets schichtenweise vorrückend, in die Tiefe greift. In der verätzten Hornschicht treten die Kerne wieder deutlich in Stäbchenform hervor, um bei öfterer Ätzung in der vollständig homogenisierten, sich abstoſsenden Hornmembran wieder zu verschwinden. Zugleich bildet sich in der Stachelschicht eine Reaktionszone aus, welche den weiteren Einfluſs der Ätzung eine Zeitlang paralysiert. Die der Hornschicht zunächst liegenden, älteren Stachelzellen schwellen unter feinkörniger Trübung, aber ohne retikuläre Degeneration zu einem dicken, ödematösen Zellenpolster an, während die jüngeren Lagen, besonders die Epithelien der Leisten, rasch proliferieren und auſserdem ein allgemeines starkes Hervortreten des Kernchromatins in Form grober, vielgestaltiger Körner und Gerüste aufweisen. Wenn die Verschorfung in die Cutis vorrückt, tritt in den Blutkapillaren Stase ein, ohne daſs um die dabei sich bildenden, mit roten abwechselnden, weiſsen Thromben sich auswandernde Leukocyten zeigten. Das Kollagen verliert die Faserung, wird homogen und verschmilzt untrennbar mit dem Protoplasma der Bindegewebszellen, während die Kerne derselben gut erhalten bleiben. Bei länger dauernder Einwirkung wird die abgetötete Hautmasse immer mehr homogen, ohne Andeutung von Konturen der Bindegewebsbündel und Gefäſse. Es treten in derselben Spalten in allen Richtungen auf, wodurch sie ein feinporiges, verwittertes Aussehen erhält. Dabei bleiben immer noch einige stark tingible Kernreste erhalten. Die bis dahin trockene Verschorfung, welche ganz ohne Eiterung und demarkierende Entzündung verlief, kann beim Nachlassen der Ätzung auch durch einfache Epithelunterwachsung des Schorfes mit stark vertiefter Narbe heilen. Oder es bildet sich nachträglich in der Umgebung eine mäſsige Hyperämie und Entzündung, durch welche der Schorf abgehoben und der Substanzverlust mit Granulationen erfüllt wird.

Hiernach erzeugt die Karbolätzung den Typus eines trockenen, scharf begrenzten Brandherdes mit geringem Brandhofe und fast oder ganz fehlender reaktiver Entzündung. Er ist auſserdem durch die beschriebenen Epithelveränderungen gut charakterisiert."

Da die Wirkung des Ätzmittels im einzelnen noch der Aufklärung bedurfte, veranlaſste mich Herr Dr. UNNA, mein verehrter Lehrer, welchem ich hier meinen aufrichtigen Dank für die Unterstützung bei dieser Arbeit aussprechen möchte, das Thema experimentell zu bearbeiten.

Meine untenstehenden Untersuchungen wurden wesentlich in der

Absicht unternommen, die qualitativen Veränderungen der einzelnen Bestandteile der Haut noch genauer zu erforschen, weniger kam es mir darauf an, quantitative Unterschiede in Dosierung des Mittels und der resultierenden Wirkung zu eruieren. Dazu hätte es wohl noch einer spezielleren Anordnung der Versuche bedurft. Es konnten aber bei der nicht unbeträchtlichen Anzahl der angestellten Versuche die quantitativen Wirkungen des Karbols insoweit mit beobachtet werden, als sich Differenzen im Vergleiche der verschiedenen Versuche untereinander herausstellten, in welchen die Karbolsäure nur einmalig oder mehrfach, und zwar in längeren oder kürzeren Intervallen wiederholt, aber stets in derselben Konzentration, als Acidum carbolicum liquefactum zur Anwendung kam.

Experimentiert wurde: an den Häuten des lebenden Tieres und des Menschen, und zwar am Ohre des Kaninchens und des Meerschweinchens, sowie am Vorderarm und Rücken des Menschen, aufserdem an frisch excidierter toter Haut, sowohl auf der Fläche als am Querschnitt. Die Ätzungen wurden vorwiegend punktförmig mittelst eines mit Watte umwickelten zugespitzten Hölzchens angebracht; auf der Rückenhaut, wo sie aufserdem therapeutischen Zwecken dienen sollten, mehr flächenhaft. Zwischen Ätzung und Excision wurde durchweg verschieden lange Zeit gewählt, um so teils die reine Karbolwirkung, teils schon die Reaktionserscheinungen des Organismus vor Augen zu bekommen. Ferner wurde eine Reihe von Versuchen speziell zum Studium der Regeneration unternommen.

Das Härten der excidierten Stücke erfolgte stets in Alkohol absolutus, das Schneiden in Celloidin.

Von den obigen Gesichtspunkten aus lassen sich die angestellten Versuche im wesentlichen in vier Gruppen einteilen, und zwar in folgende:

I. Versuchsgruppe.

Qualitative Gewebsveränderungen nach einmaliger Karbolätzung.

II. Versuchsgruppe.

Qualitative und quantitative Veränderung nach mehrmaliger Karbolätzung.

III. Versuchsgruppe.

Die Regeneration.

IV. Versuchsgruppe.

Postmortale Karbolätzungen auf excidierter menschlicher Haut.

I. Versuchsgruppe.

Qualitative Gewebsveränderungen nach einmaliger Karbolätzung.

Tierversuche.

I. Versuch.

Einmalige Karbolätzung, punktförmig an dem Rande der zarthäutigen Innenfläche des Kaninchenohres. Excision nach 24 Stunden in der Weise, dafs ein Stück gesunde Haut mit exstirpiert wird.

Makroskopisch: Nach einer halben Minute Auftreten einer opakweifsen Verätzung, welche sich nach etwa einer Viertelstunde mit einem geröteten Hof umgiebt.[15] Die intensiv weifse Farbe verschwindet mehr und mehr und ist bei der Excision einer grau pergamentartig schillernden gewichen. Die Ätzstelle fühlt sich dabei derber an, ist aber kaum verdickt.

Mikroskopischer Befund: Hornschicht in allen Präparaten hat an Breite, gegenüber der normalen, eingebüfst, liegt der Körnerschicht fester auf. Stellenweise sich in feinen Lamellen peripher abschilfernd, hat sie sich an wenigen Stellen, wo die Haut Einbuchtungen aufweist, von dem Stratum granulosum losgelöst. Sie zeigt keine auffallenden Färbungsdifferenzen zwischen der normalen. Das Keratohyalin zwar teilweise erhalten, aber stark aufgehellt.

Die Unterschiede von Herd und Hof sind im mikroskopischen Bilde noch viel augenfälliger, als im makroskopischen, und wir werden diesem Verhalten überall begegnen, besonders da wo eine punktförmige Ätzung appliziert wurde. Im Übersichtspräparat mit neutralem Orcein und polychromem Methylenblau hat das Protoplasma des Epithels, das im ganzen niedriger als das normale erscheint, das Blau bei der Entfärbung vollständig abgegeben und nimmt im zentralen Ätzherd hellen Orceinton an, während die noch wohl erkennbaren Kerne sich zart ultramarinblau färben. Weitaus in der Mehrzahl sind diese gebläht und voller und an Stelle der Kernkörperchen mit fein verteilten Chromatintröpfchen erfüllt, welche sich an die Innenseite der Kernhülle angelegt haben, ohne den dadurch scharf hervortretenden Zellkontur auszubuchten. Dabei kommen eigentümliche Chromatingruppierungen zu stande, die auf den ersten Augenblick Mitosen vortäuschen. Wenige andere Epithelkerne zeigen schon ausgesprochene Schrumpfungsformen und färben sich etwas intensiver.

Intercellularräume lassen sich auch mit anderen Methoden nicht mehr deutlich darstellen, vielmehr ist das Protoplasma der Zellen zu einer homogenisierten Masse zusammengebacken.

---

[15] Eine detaillierte Wiederholung des bekannten klinischen Bildes der Karbolätzung halten wir für überflüssig und verweisen dabei auf die *Lehrbücher der Arzneimittellehre* von Husemann, Binz, Harnack u. a.; ferner auf: Dermatitis venenata: An account of the action of External Irritants upon the skin. By James C. White. M. D. Boston. (*Cupples and Hurd. med. publ.* 1887), wo eine sehr gute Beschreibung gegeben wird.)

Durch den Ausfall der Färbung im Ätzherd werden die unter den basalen Stachelzellen eingelagerten, gelb - braun - schwarzen Pigmentzellen besonders deutlich. Sie haben keinerlei Veränderung, weder der Form, noch der Farbe, erlitten, wie überhaupt das Karbol das Pigment in keiner Weise zu beeinflussen vermag.

Der Entzündungshof, welcher den Herd, zu beiden Seiten im Schnitt, flankiert, stellt im wesentlichen eine Zone abgeschwächter Ätzwirkung und leukocytärer Einwanderung dar. Dabei geschieht aber der Übergang vom Herd in den Hof plötzlich und unvermittelt: hier Ausfall der Methylenblaufärbung, dort fast normale Zelltinktion mit dem Farbstoff. Die Zellen haben nicht nachweisbar gelitten.

Bei 57facher Vergrößerung erscheint das Deckepithel des Hofes zunächst zellreicher. Dieser Eindruck klärt sich bei 7 Leitz und Ölimmersion als durch eine allerdings spärliche Einwanderung von Leukocyten verursacht, welche das Epithel teils in Wanderform durcheilen, teils sich oben in und unter der Hornschicht zu rundlichen Formen ausgedehnt haben, als Fortsetzung eines die Cutis in schräger Richtung durchsetzenden Leukocytenzuges. In der basalen Stachelschicht etliche wenige Mitosen.

Die Veränderungen in der Lederhaut sind unter dem zentralen Herd äußerst signifikant. Ein Teil der nächstliegenden Bindegewebskerne ist zu intensiv blaugefärbten, unregelmäßigen, bizarren, langen und dünnen Fäden ausgezogen, die untereinander anastomosieren und oft kolbig endigen, Veränderungen, wie sie Unna beim Rotz beschrieben und als Chromatotexis bezeichnet hat. Das Zellprotoplasma ist dabei von dem gequollenen Kollagen mit dem Auge nicht mehr zu isolieren. Bei schwacher Vergrößerung glaubt man Leukocyten in Wanderform vor sich zu haben. Andere Zellkerne sind schon ganz zertrümmert: das Chromatin tritt, zu kleinen und kleinsten Bröckeln oder Tröpfchen zerstaubt, frei ins Gewebe, vielfach noch durch Form und Richtung seine zelluläre Provenienz verratend. Man hat in diesen Bildern ein Geschehen vor sich, welches Klebs pag. 12 des II. Teiles seiner *allgemeinen Pathologie* als Karyorhexis oder als Kernzerfall bezeichnet. Ich möchte dafür die Bezeichnung Chromatorhexis promiscue gebrauchen, in Analogie der von Unna als Chromatotexis aufgestellten Begriffsbezeichnung.

Weniger gelitten hat das Epithel der Haarbälge, doch ist dasselbe, namentlich auf der der Ätzung zugekehrten Seite, gleichfalls in der oben beschriebenen Weise verändert. Talg- und Knäueldrüsen lassen, soweit sie mitbetroffen, sich kaum mehr als solche erkennen.

Oberflächliche und tiefere Kapillaren enthalten viel Leukocyten. Tiefere Arterien, und namentlich Venen, auch jenseits des Knorpels in Stase, vorwiegend mit roten Blutkörperchen prall gefüllt, die stark

zusammengepreſst erscheinen und polygonale Konturen aufweisen. Einzelne Arterien sind noch wegsam. Die eingeschobene Knorpelplatte bildet im allgemeinen eine wirksame Barriere für das Weitergreifen der Verätzung, hat jedoch selbst in der Weise gelitten, daſs sie im zentralen Ätzbezirk sich weniger stark färbt.

Der Ätzherd ist besonders zu beiden Seiten in der Cutis von einem nicht sehr dichten Zuge frei ins Gewebe getretener polynukleärer Leukocyten umsäumt. Zentral im Grunde der Verätzung, noch diesseits des Knorpels ist die Leukocytose zunächst nicht deutlich, allein man findet doch auch hier im Gewebe wenige, krümelige, stark veränderte Zellgebilde, welche man als Leukocyten ansprechen kann. Offenbar kam es bei der ersten Einwirkung des Karbols noch zu einer chemotaktischen Anlockung von Leukocyten — Leukotaxis. Die eben in Wanderung begriffenen Leukocyten wurden jedoch gleich in ihrer Bewegungsfähigkeit geschädigt und in situ verändert, wie denn PRUDDEN und andere selbst für erheblich diluiertere Lösungen von Phenolen Lähmung und Aufhebung der Lokomotion von Leukocyten experimentell festgestellt haben.

In tieferen Schnitten, welche durch das untere Segment des applizierten Ätztropfens geführt sind, tritt zu dem gegebenen Befund in der Cutis ein weiterer hinzu: namentlich in der Region der Leukocytenaustritte zu beiden Seiten des Ätzherdes gewahrt man an Stelle der fixen Bindegewebszellen groſse rundliche Zellen von verschiedener Gröſse, die man als Korb- oder Schaumzellen bezeichnen kann. Kerne und Protoplasma, welch letzteres vielfach körnig ist und auch gröbere, stark tingible Körner einschlieſst (Granoplasma UNNA) nähern sich der Kugelform. Das Kollagen dazwischen, in welches sie in gröſserer Entfernung voneinander als die normalen Gewebsspindeln eingebettet sind, macht einen verwaschenen succulenten Eindruck. Das Protoplasma vieler dieser Zellen färbt sich in Präparaten, die mit polychromem Methylenblau hergestellt wurden, intensiv methyenlrot, ganz in der Weise der Mastzellen. Sogar das Plasma einiger Leukocyten in stasierten Gefäſsen nimmt dieselbe Färbung an. Daneben finden sich sowohl diesseits, wie jenseits des Knorpels, insbesondere perivaskulär, viele Mastzellen, die durch ein ganz eigentümliches Verhalten ihres Protoplasmas auffallen. Auſser von einer Hüllplatte sind sie bisweilen von einem ebenfalls intensiv karminrot tingierten, unregelmäſsigen Netzwerk umgeben, das bisweilen mehrere (bis zu drei Kernen) umschlieſst und krümelig fädige Ausläufer in das umgebende Kollagen sendet.

Das Auftreten von Korbzellen wird fast ausschlieſslich in ödematösen Zuständen beobachtet, und es läſst auch hier im Verein mit dem gequollenen Kollagen die histologische Diagnose eines im Falle nicht bedeutenden Ödems zu; aus welcher Ursache, ist schwer zu sagen. Der Befund der venösen Stase spricht für eine Entstehung aus behindertem

Blutabfluſs, die Hyperplasie der Zellen mehr für einen entzündlichen Vorgang.

In der Absicht, die Karbolwirkung möglichst rein ohne Reaktionserscheinungen von seiten des Organismus zu Gesicht zu bekommen, wurde der zweite Versuch folgendermaſsen unternommen.

II. Versuch.

Einmalige Karbolätzung, punktförmig an der Innenseite des Kaninchenohres. Viereckige Excision gleich nach Auftreten der weiſsen Ätzfarbe und Eintrocknung des Fleckes.

Die Hornschicht im Ätzbezirk erscheint abgeplattet, dichter zusammengeschoben.

Die Stachelschicht durch die hornartige Abplattung der 4 bis 5 ältesten Lagen ebenfalls niedriger. Dagegen sind die beiden unteren Lagen exquisit cylindrisch geformt und vertikal gerichtet.

Innerhalb dieser beiden Schichten färben sich die Epithelzellen vollständig verschieden, die Zellen der unteren noch ziemlich gut mit polychromem Methylenblau blauviolett, die der oberen erheblich schwerer. Das ganze Epithel beider Schichten erscheint in seinem Chemismus geschädigt, in der Aufnahmefähigkeit basischer Farbstoffe beeinträchtigt. Es hält gegenüber der gesunden Seite die Farbe äuſserst schlecht: es tingiert sich zwar noch ziemlich gut, giebt aber die Farbe wieder sehr rasch ab. Grobe Alteration der Kernform ist nicht zu konstatieren. Intercellularräume lassen sich meist noch deutlich zur Anschauung bringen; wo es nicht mehr der Fall, nimmt das Ganze einen schmutzig verwaschenen, grauvioletten Ton an.

Bindegewebszellen teilweise deutlich im Schrumpfen, imbibieren sich stellenweise stark mit dem Farbstoff, wobei es den Anschein hat, als hätten sie ihre feinsten Ausläufer eingebüſst. In der Cutis spärliche Leukocytenaustritte, ohne ausgesprochene Bewegungsrichtung nach dem Epithel zu. Gefäſse, stark ausgedehnt und mit roten Blutkörperchen prall gefüllt, enthalten wenige Leukocyten. Etliche Arterien sind leer.

Zur Differenzierung der Zellveränderungen im Epithel, sowie überhaupt zur Abgrenzung der Verätzung vom Gesunden hat mir eine Vorbehandlung der Schnitte in Argentum-nitricum-Lösung (4%) gute Dienste geleistet. Die Voraussetzung, von der ich dabei ausging, fand ich aber nicht bestätigt. Ich hatte erwartet, daſs das Argentum nitricum mit dem Eiweiſs der Umgebung des geätzten Bezirkes eine lebhafte Verbindung eingehen werde, den Ätzbezirk selbst nicht berührend, da dessen Eiweiſs schon an Karbol gebunden war, und ich stellte mir vor, daſs vielleicht durch die verschiedene Farbe der beiden Albuminalverbindungen sich namentlich ein Urteil über die Tiefenwirkung des Karbols gewinnen lassen werde. Es fanden sich aber im Ätzbezirke entschieden mehr Silberniederschläge, als im gesunden. Zugleich tritt bei Methylenblaufärbung eine, wenn auch nur mittelstarke Kernfärbung hervor, was sich nach Unna aus einer gleichzeitig mit der Silberabscheidung einhergehenden Abspaltung von freier Salpetersäure und Salpetersäurederivaten erklärt.

Versuche am Menschen.

Entsprechend diesen beiden Versuchen wurden die vier nächsten Versuche als Parallelversuche am Menschen genau in derselben Weise wiederholt.

III. Versuch.

Einmalige Karbolätzung punktförmig, an der Rückenhaut eines sonst mit Lepra behafteten Kranken. Breitere Anätzung eines zur Excision bestimmten Knotens. Zur Untersuchung wurde ein Stück Haut aus der anscheinend gesunden Umgebung gewählt. Sofort nach Eintrocknen der Ätzung Excision. Hornschicht ist in der Mehrzahl der Schnitte eher abgeflacht, erscheint dichter und zeigt keine Färbungsdifferenzen.

Körnerschicht, in welcher das Keratohyalin zwar erhalten, aber aufgehellt ist, erscheint breiter als normal, indem die obersten Stachelepithelien unter dem Einflusse der Ätzung schon in abgeplattete Zellen übergeführt sind. Die älteren Stachellagen sind durch breitere Intercellularräume voneinander getrennt.

Exakte Protoplasmamethoden, wie die von Unna für die Darstellung des Spongioplasmas angegebene Methylenblau-Alkohol- + Xylol-Anilin-Alaun-Methode, lassen erkennen, dafs das Karbol zunächst das Protoplasma der Epithelien schädigt: dasselbe hält, wie schon oben bemerkt, die Farbe weniger gut. Die Kerne, welche übrigens ebenfalls an Tinktionsfähigkeit verloren haben, heben sich dadurch stärker ab. Sehr wenige Kerne der Stachelschicht sind unter Erhaltung der Kernkörperchen geschrumpft. Bei anderen, ebenfalls in geringer Anzahl, ist die Schrumpfung nicht bedeutend, dagegen sind die Nucleoli zu kleinen, im Zellkern verteilten Chromatinbröckelchen zerspalten, fragmentiert.

Stachelzellen der obersten und insbesondere der mittleren Lagen sind vergröfsert, turgescent. Ganz im entgegengesetzten Sinne sind die Zellen der basalen jüngeren Stachellagen verändert. Sie sind vertikal gestellt, dicht aneinandergerückt und ragen mit stark gekörnter Kuppe in die verbreiterten Intercellularräume herein. Ihre Kerne haben merkwürdigerweise mehr gelitten, als diejenigen der älteren Lagen.

Zu bemerken ist, dafs die genannten Epithelveränderungen erst bei Zuhülfenahme stärkerer Vergröfserungen deutlich werden. Hierbei finden sich im basalen Stachelepithel etliche wenige Mitosen, ferner im Epithel, wie in der Lederhaut sehr spärliche Leukocyten. Die Endothelien der nächstliegenden Kapillaren sind näher aneinandergerückt und von wenigen Leukocyten umsäumt. Die Bindegewebszellen erscheinen im Grenzbezirk kümmerlicher, etwas geschrumpft, einzelne wenige, zunächst dem Epithel, stäbchenförmig, oder fädig ausgezogen.

Wir haben keinen markanten, aber insofern einen auffallenden Befund

vor uns, als wir konstatiert haben, dafs entfernter von der Karboleinwirkung die Kernveränderungen der basalen Epithellagen ausgesprochener sind, als die der mittleren, der Ätzung näherliegenden Lagen. Meine Erklärung dafür basiert auf der Hygroskopizität der Karbolsäure. Wir sehen die älteren und besonders die mittleren Stachelzellen, vergröfsert, im Zustande vermehrter Succulenz. Die Intercellularräume enthalten ebenfalls vermehrte Flüssigkeit. Diese unter dem Einflufs der Ätzung entstandene Wasseranziehung geschah rapid, nicht blofs auf dem Wege der intraspinalen Räume, sondern direkt aus den tieferen Zellen selbst. Somit wird also die Konzentration des Ätzmittels in der obersten und mittleren Stachelschicht zunächst einigermafsen durch die vermehrte Gewebsflüssigkeit kompensiert und daher die Anätzung zunächst eine schwächere sein. Tiefer nach unten in den vertikal gestellten basalen Zellen, die Wasser verloren haben, könnte die Karbolsäure intensiver zur Einwirkung gelangen.

Wenn diese physikalische Erklärung nicht genügt, so müfste man eben eine besondere Reaktionsfähigkeit der jüngeren Epithelien auf Phenol annehmen.

Das beobachtete Zusammenrücken der basalen Stachelzellen ist weniger als eine Folge der Karbolwirkung aufzufassen, sondern ist ein bei der Leprahaut häufig, und zwar auch an scheinbar ganz gesunden Stellen, wahrzunehmendes Vorkommnis. Es erklärt sich durch die Verstreichung des Leistensystems infolge des auf die Oberhaut ausgeübten Druckes durch in die Lederhaut eingelagerte Leprome.

Die an eben diesen Zelllagen konstatierte vermehrte Körnung des Protoplasmas ist ebenfalls eine Erscheinung der Lepra und durch reichlich aufgenommene Pigmentkörner verursacht. In der Abbildung Figur 2 zu Versuch V sind dieselben in der Basalschicht des gänzlich entfärbten Schorfes noch deutlich und stellen hier rundbogenförmig angeordnete Granula dar, entsprechend den oberen Polsegmenten der unfärbbar gewordenen nekrotisierten Zellen. In der lithographischen Abbildung sind sie der Einfachheit halber in dem Tone des ganzen Präparates wiedergegeben.

Der Versuch befriedigte mich nach mancher Hinsicht nicht und wurde deshalb an ganz gesunder Haut später wiederholt. Ich führe ihn gleich hier auf.

IV. Versuch.

Einmalige Karbolätzung punktförmig an dem Vorderarme eines 16jährigen gesunden jungen Menschen. Excision nach einer Viertelstunde. Spätere Versuche, insbesondere aber auch der vorangegangene, liefsen es wünschenswert erscheinen, einen möglichen Einflufs der Erfrierung durch die Chloräthylanästhesie auf den Saftgehalt des zu excidierenden Hautstückchens auszuschalten. Es wurde deshalb die Excision ohne Chloräthyl vorgenommen.

Befund: Die deutlich abgeplattete Hornschicht liegt weniger tingibel der Körnerschicht glatt auf. Keratohyalin, fast vollständig erhalten, läfst sich mit spezifischen Methoden gut darstellen. Im Gegensatz zu Versuch III sind hier die ältesten Epithelien nicht abgeplattet, sondern durchweg gequollen und mehr als normal aufgerichtet, was zum optischen Verschwinden der Intercellularräume führt. In den jüngeren Lagen sind sie noch deutlich. Das Protoplasma der jüngeren Lagen weniger gequollen, aber glasig aufgehellt. Kerne unter Beibehaltung der normalen Achsenrichtung maximal ausgedehnt. Wenige Nuclei der mittleren Lagen haben eine derartige Ausdehnung des Kerngerüstes erfahren, dafs sie Maulbeerformen annehmen, wodurch der „wabige Bau" (Bütschli) deutlich zu Tage tritt. Alle im grofsen ganzen aufgehellt, mit wohlerhaltenen Nucleolis. Dazwischen findet man in Methylenblaupräparaten, die mit Anilinalaun oder Tannin entfärbt sind, viele, besonders grofse, dunkel violettrot gefärbte Kerne, welche das sind, was Unna „saure Kerne" nennt. Als solche erweisen sie sich ferner mit den von Unna angegebenen spezifischen Methoden (Gentiana- und Saffranin-Wasserblau).

Saure Kerne finden sich auch in der Cutis, insbesondere perivasculär. Kapillaren in gemischter Stase von äufserst spärlichen Leukocyten umgeben. In sehr geringer Anzahl durchsetzen letztere das Epithel des Entzündungshofes. Die Leukotaxis ist aber in so geringer Weise vorhanden, dafs sie keineswegs auffällt, sondern dafs man zur Konstatierung ihres Verhaltens danach mit Mühe suchen mufs.

Anstofsende Bindegewebskerne mäfsig geschrumpft, sind gröfstenteils ihres Spongioplasmas verlustig gegangen, färben sich nicht gleichmäfsig, teilweise schwächer, teilweise intensiver, sind aber als Ganzes erhalten. Man hat bei manchen den Eindruck, als ob sich das Chromatin im Zellsaft gelöst oder suspendiert und der Schwere nach in einem Pol der Zelle sich angesackt habe, ein Vorgang, den man der kürzeren Verständigung halber als Chromatolysis bezeichnen kann [cf. Abbildung 6]. (Der von Klebs eingeführte Name Karyolysis kann auf diese Veränderung nicht angewendet werden, da Klebs einen anderen Begriff damit verbindet, nämlich den vollständigen Kernschwund.)

Diese Veränderungen erstrecken sich auf die Papillen, gehen aber kaum über die Kuppen der Leisten hinaus in die Tiefe.

Das Kollagen verliert in diesem Bezirke das balkenartige Aussehen, wird opak homogenisiert und enthält breite Lymphgefäfse mit geronnenem grobscholligen Inhalt. Kapillaren zeigen weite Lumina und sind teilweise in gemischter Stase. Einzelne tiefere Venen in gemischter Thrombose. Vergleicht man den analogen Tierversuch II mit diesen beiden III und IV, so decken sich II und III im Befund ganz gut. No. IV, der vorliegende Versuch, weicht im Epithelbefund etwas ab. Bei II und III hornschichtartige

Abplattung der älteren Stachelzellen, bei IV stärkerer Turgor derselben. Da aber Versuch II (ebenso wie IV) nicht unter Chloräthyl ausgeführt wurde, aber denselben Epithelbefund, wie der mit Chloräthyl unternommene Fall III zeigt, so darf die Erklärung für den Epithelbefund IV nicht in der Abwesenheit des Chloräthyls gesucht werden. Dieses wurde daher bei späteren Excisionen ungeniert wieder angewandt. Auch die sonstigen Zellveränderungen, namentlich des Bindegewebes, sind nicht prinzipiell verschieden, zwar sehen wir das eine Mal Auftreibung und Anschwellung, das andere Mal vorwiegend Schrumpfungsformen. Das läfst sich sehr wohl verstehen, wenn wir die jedesmalige Form nicht als das Endstadium der Zellveränderung auffassen, sondern als die verschiedenen Stadien der Wirkung der Wasserentziehung, Eiweifsfällung und Reduktion auf den Zellkörper, wie wir sie eben bei der Excision überrascht haben. Aufserdem ist Karbolsäure ein chemotaktisch wirksamer Körper. Uns interessiert vornehmlich auch die Frage, wie sich das Karbol, bezw. der Karbolschorf zur Leukotaxis verhält. Wir konnten diese Frage für den Entzündungshof in positiver Weise beantworten. Allerdings war die Leukotaxis bis jetzt noch sehr unbedeutend und augenscheinlich nur am Grenzgebiet der unmittelbaren, Eiweifs koagulierenden Wirkung vorhanden, welches sich eben dadurch als Entzündungshof zu markieren beginnt.

Die Stasenbildung erklärt Klebs durch die hygroskopischen Eigenschaften der Ätzmittel. Wir dürfen aber auch nicht aufser acht lassen, dafs das Karbol als reduzierender Körper die Fähigkeit besitzt, dem Oxyhämoglobin des Blutes den Sauerstoff[16] zu entziehen. Man hat dabei nicht blofs an den direkten Karbolkontakt zu denken, sondern auch an die Möglichkeit gasförmiger (Husemann) Aufnahme.

Als reduzierender Körper wurde die Karbolsäure schon im Jahre 1869 erkannt. Werner Schmitt bemerkt darüber im *Centralbl. f. d. med. Wissensch.* 1869, pag. 305. „Karbolsäure bindet den Ozonsauerstoff sehr energisch unter Dunkelwerden und Desaktivierung des Ozons."

Die mögliche Oxydationsstufe des Karbols, welches das Monooxybenzol $(C_6H_6O) = (C_6H_5OH) =$ (Phenol) des Benzols (C_6H_6) darstellt, ist die homologe Reihe des Ortho-Meta- und Para-dioxybenzols (-dihydroxybenzols) $(C_6H_6O) = (C_6H_4(OH)^2)$, das Brenzkatechin, Resorcin oder Hydrochinon. Darüber, inwieweit und ob diese Oxydation bei der Ätzung zu stande kommt, bin ich aufser stande, Angaben zu machen.

V. Versuch.

Dieser Versuch und der nächste sind die analogen Versuche am

[16] Binz wies nach, dafs in Gefäfsen in welchen der Sauerstoff verbraucht oder nicht mehr zugeführt wird, die Leukocyten kaum wandständig werden und nicht auszuwandern vermögen. — Binz, *Virch. Arch.* Bd. LIX. und Bd. LXXIII. S. 181. — Lavdowsky, *Virch. Arch.* Bd. XCVII. bestätigt diese Beobachtung.

Menschen zu Versuch I. Einmalige Karbolätzung neben und über einem zur Abtragung bestimmten Leprom der Rückenhaut. Excision nach 24 Stunden unter Chloräthyl.

Hornschicht über der Ätzung kraus in gebrochener Linie abgehoben, schilfert teilweise in längeren zierlichen Lamellen ab.

In dem flach ausgezogenen Epithel (Leprahaut) fällt an mehreren Stellen — es war eine flächenhafte Ätzung angebracht worden — die Färbung und Struktur bei schwacher Vergrößerung unter dem Bilde der Nekrose fast vollständig aus (cf. Abbildung 2). Die Nekrose durchsetzt an manchen Stellen die ganze Dicke des Epithels. Meistens sind unter derselben noch 2—3 Lagen stark zusammengedrückter und selbst in der Basalschicht vollständig vertikal gestellter Stachelzellen intakt.

Die Ätzung dringt, wie dies auch UNNA beschreibt, schichtenweise in die Tiefe (cf. Abbildung 2), tötet am Rande nur wenige oberflächliche, gegen das Zentrum (den Herd) zu, fortschreitend allmählich die tieferen Lagen ab, bis sie sich in der vollständigen Epithelnekrose des, oder hier der einzelnen Herde verliert. Es ist, wenn ich mich des Vergleiches bedienen darf, wie wenn der applizierte, auf der Oberfläche der Haut flach ausgebreitete Karboltropfen bei seiner Ätzwirkung in der Tiefe des Epithels wieder Kugelgestalt annähme, wodurch die entstehende Nekrose die Form eines Kugelsegments erhält, dessen tiefster Punkt dem Zentrum der Ätzung entspricht. Denkt man sich diesen nekrotisierten Bezirk ausgefallen, so müßte ein Defekt entstehen, wie man ihn mit einem sehr kleinen flachen, scharfen Löffel, ceteris paribus, auch hervorbringen könnte, ohne damit sagen zu wollen, daß in der That auch alles ausfällt, was im Bereiche dieses Defektes liegt. In die Cutis dringt die Ätzung unter den total nekrositierten Herden des Epithels etwa ebensotief ein, wie das Epithel hoch ist, wobei sie aber das Gewebe nur verändert, nicht definitiv nekrotisiert. Kerne der fixen Gewebszellen erscheinen nackt, stark geschrumpft, das Chromatin teils in Lösung, teils in Abbröckelung. Die Zellkerne der Randzonen unter teilweise intaktem Epithel dagegen weisen ein, allerdings nicht sehr ausgebildetes Spongioplasma auf. Die Veränderung des Kollagens ist in den Präparaten nicht sehr deutlich, doch sehen wir die normale fibrilläre Zeichnung etwas verwischt. Gefäße stasiert, reichlich mit weißen Blutkörperchen durchsetzt. Rundliche Leukocyten finden sich sehr spärlich am Boden der Epithelnekrose und in Wanderform an sehr vereinzelten Stellen an der Grenze von Lederhaut und Epithel.

Als weiterer Befund ist noch zu erwähnen: Unter der nekrotisierten Epithelleiste, insbesondere an den Randzonen, da, wo das Epithel mehrere Schichten eingebüßt und sich einerseits in die totale Nekrose des Epithels verliert, andererseits schief zum Gesunden ansteigt, finden sich zwischen

intaktem Epithel, resp. Lederhaut und Nekrose, blasenartige, nicht runde Höhlenbildungen, teils mit spärlichen Leukocyten an der „Blasen"-decke, teils ohne diese. Daraus ergiebt sich, dafs die Abhebung nicht durchweg durch Leukocyten verursacht ist. In der That handelt es sich bei den letzteren weder um echte Blasenbildung, noch um eine rein leukocytäre Absprengung des Schorfes, sondern es sind diese „Blasen" lediglich der physikalische Ausdruck für die Retraktion des austrocknenden Schorfes auf einer succulenten Unterlage, mit welcher er noch teilweise fester und teilweise loser verbunden ist.

Die Präparate zeigen dabei Einbuchtungen nach der Lederhaut zu, welchen der Schorf brückenförmig als Sehne zum Bogen aufliegt. Über die Deutung dieses Bildes kann man verschiedener Ansicht sein. Man kann es einmal mit den normalen Einsenkungen der Oberhaut zu thun haben, aus welchen der noch an anderen Stellen fixierte Epithelschorf einfach bei der Retraktion herausgezogen wird. Wieder andere dieser Hohlräume erwecken den Eindruck, als ob man wirkliche Einbuchtungen in die Cutis vor sich habe, und man hat für die Erklärung ihrer Entstehung ebenfalls wieder die Austrocknung des Schorfes heranzuziehen. Es ist sehr wohl denkbar, dafs die Oberflächenspannung des Schorfes bei der Austrocknung vorübergehend gröfser wird, als die seiner Unterlage. Das hat zunächst die Lockerung von der letzteren zur Folge und des weiteren eine bogen-, möglicherweise auch halbkugelförmige Einbuchtung nach der succulenten und nachgiebigen Cutis zu, vorausgesetzt, dafs der Schorf mit seiner Unterlage zum mindesten noch an zwei oder mehreren Punkten diesseits und jenseits der Basis der Wölbung verbunden war.

Beide möglichen Vorgänge müssen natürlich dasselbe Bild geben. Thatsächlich habe ich auch bei der Karbolätzung bis jetzt niemals echte Vesikation gesehen, im Gegensatz z. B. zu Pyrogalloleinwirkung, sondern nur die beschriebene Form von Hohlraumbildungen, und zwar nur in diesem Versuch, welche wir zur Verständigung „Schichtungsblasen" nennen wollen, um sie von der Vesikation abzutrennen. Wohl aber kommt die Eigenschaft, Blasen zu bilden, verdünnten Karbollösungen bei dazu geeigneten Individuen zu. Es sei mir gestattet, zu bemerken, dafs ich selbst Idiosynkrasie gegen 3- und 5%ige Lösungen besitze und bei jedesmaligem Karbolkontakt mit ausgedehnter vesikulöser Dermatitis reagiere. Dagegen habe ich bei den aus Anlafs dieser Arbeit an meinem Vorderarme vorgenommenen Karbolätzungen mit der konzentrierten Lösung durchaus keine Blasenbildung wahrnehmen können. Die Karbolsäure besitzt, wie wir auch an den weiteren Versuchen sehen werden, in der zu Ätzzwecken angewandten Konzentration keine irgendwie nennenswerte, rein serotaktische Eigenschaft, welche die Blasenbildung bekanntermafsen begünstigt.

Im Gegensatz zu dem analogen Tierversuch I, bei welchem wir für

das Epithel nur Ausfall der Färbung verzeichnet haben, sehen wir hier Nekrose und beginnende mumifizierende Demarkation, ein nach den bisherigen Versuchen überraschender Befund, wenigstens für die kurze, zwischen Ätzung und Excision liegende Zeit von 24 Stunden. Für das abweichende Verhalten des Tierversuches kann man die auch von HUSEMANN konstatierte gröfsere Resistenz des Kaninchens gegen Phenol verantwortlich machen. Vielmehr möchte ich aus den speziellen, in unserem Fall V durch die Lepra gegebenen Verhältnisse den Unterschied begründen. Die Lepra bietet oft eine scheinbar ganz normale Oberhaut dar, und doch findet man in der Cutis ausgedehnte Lepraknoten. Die Leisten sind dann unter dem Drucke dieser Einlagerungen vollständig glatt verstrichen. Somit sind die Bedingungen für das Durchbrechen des Epithels besonders günstig, günstiger, als bei der ganz gesunden Haut mit wohl ausgebildeten Leistencysten und Papillarkörper. Ich wiederholte daher auch diesen Versuch genau in derselben Weise, um diesem etwaigen Einwande zu begegnen, auf gesunder Haut.

VI. Versuch.

Einmalige Karbolätzung punktförmig auf meinem Vorderarme, Excision nach 24 Stunden unter Chloräthyl.

Der Epithelbefund entspricht genau dem analogen Tierversuch I: Hornschicht deutlich abgeplattet. Ausfallen der Protoplasmafärbung des Epithels. Kerne tingieren sich unter Erhaltung der Form noch etwas stärker, als bei I. Viele zeigen in der vollständig eiförmig erhaltenen Kernhülle teils Zerstäubung des Chromatins, teils eine multilokuläre, vakuolenartige Auftreibung ihres Wabengerüstes. Als abweichender Befund von I und II imponiren andere, dunkler gefärbte, geblähte für „saure Kerne". Als solche ergeben sie sich bei spezifischen Färbungen.[17] Ein weiterer Fundort für diese ist das Perithelium der Gefäfse. Hier als normaler Befund wenige Mastzellen. Die interpapillaren Kapillaren teils in Stase, teils in feinkörniger (fast hyaliner) roter Thrombose. Einzelne Venen sind ebenso thrombosiert. Nur die nächstliegenden Bindegewebskerne sind unter Schwund des Protoplasmas geschrumpft, ohne dafs es dabei zu den Bildern des Kernzerfalls kommt. Leukocyten in Wanderform spärlich im Epithel des Hofes, reichlich frei in der Cutis.

Der Befund rechtfertigte also durchaus meine Vermutung betreffs des fünften Versuches. Nach 24 Stunden ist die Nekrose noch keineswegs so komplet, wie bei der Leprahaut. Dagegen zeigt uns dieser in der Wirkung vorauseilende Versuch V, wie weit wir im günstigsten Falle mit der einmaligen Ätzung vordringen können. Trotz der bei diesem und anderen

[17] Aufser den von UNNA dafür angegebenen Methoden kann man sie auch darstellen durch Färbung mit polychromem Methylenblau (5—10 Minuten), kurzem Entfärben in saurem Alkohol, Alkohol, Öl, Balsam.

Versuchen konstatierten Kerndestruktionen des Bindegewebes geht die Verschorfung bei einmaliger Ätzung, wie erwähnt, unter den günstigsten Verhältnissen nicht weiter als eben durch das Epithel durch. Versuch V kann uns danach als Typus gelten für den endgültigen Effekt der einmaligen Ätzung, während für die in 24 Stunden zu erwartenden Veränderungen weit eher Versuch VI charakteristisch ist, wiewohl jedenfalls, wenigstens in der Cutis, nicht alles, was wir als verändert bezeichnen konnten, auch der Nekrose anheimfällt. Die Resultate des Versuches V sind uns deshalb praktisch besonders wertvoll, weil die Ätzung bei V so angebracht wurde, wie sie in der Praxis gemacht werden soll, nicht allzu sparsam, sondern eben feucht, während wir bei der experimentellen punktförmigen Ätzung stets, im Interesse der Übersichtlichkeit der Präparate, mit sehr kleinen Dosen arbeiteten. Das ist möglicherweise auch ein Grund, weshalb Versuch V die anderen bei weitem an prompter Wirkung übertrifft. Fassen wir die Resultate dieser Versuche zusammen, so gilt folgendes:

I) Das Acidum carbolicum liquefactum durchbricht bei einmaliger Applikation im günstigsten Falle das Epithel, macht aber an der Cutis Halt.

Es erzeugt dabei einen nekrotischen Schorf, dessen Struktur im grofsen ganzen erhalten ist. Im Zentrum der Ätzung ist die Nekrose am tiefsten. In den nicht direkt geätzten Randpartien bildet sich innerhalb der ersten 24 Stunden ein Entzündungshof aus, der in der Mehrzahl der Fälle eine Zone abgeschwächter Wirkung und gleichzeitiger leukocytärer Ein- und Durchwanderung darstellt. Die Leukocytose fehlt im Herd zunächst vollständig.

Die Wirkung der Karbolsäure auf die einzelne Zelle äufsert sich in verschiedener Weise, sie erklärt sich durch die Eiweifsfällung, die Wasseranziehung und Verdunstung, sowie die reduzierende Wirkung.

Das Karbol schädigt in erster Linie das Protoplasma, in zweiter die Kerne, um welche sich möglicherweise ein Eiweifsmantel legt. Die Kerne des Epithels werden dabei, soweit die ältere Stachelschicht betroffen ist, vorwiegend hornartig abgeplattet, zuweilen auch sind sie geblähter, als in der Norm. Saure Kerne (in zwei Fällen) kommen sowohl im Epithel, wie in der Cutis als beiläufiger Befund vor. Die Kernveränderungen sind im wesentlichen in der ganzen Stachelschicht durch die Chromatolysis, Kernzerstäubung zu feinen und feinsten Tröpfchen bei erhaltener und normal oder mehr als normal ausgedehnter Kernhülle gekennzeichnet.

In der Cutis sind die Schrumpfungsformen der Kerne vorherrschend: Die stäbchenförmige, fädige Ausziehung: Chromatotexis, die Chromatinabbröckelung und Zerstäubung zu mehr oder weniger kleinen Fragmenten: Chromatorhexis und schliefslich die Lösung oder Suspendierung des Chromatins und Ablagerung in die Zell

pole: Chromatolysis. Bei dem letzten Vorgange ist die geschrumpfte Kernhülle als Ganzes noch erhalten. Die Gefäfse sind stasiert, selbst in nicht direkt von der Ätzung getroffenen Bezirken. In zwei Fällen waren Thromben zu konstatieren.

Die Abhebung des Schorfes, soweit sie bis jetzt beobachtet wurde, kann auch spontan, ohne demarkierende Leukocytose erfolgen, einfach durch die mit der Austrocknung einhergehende Retraktion. Dabei können Schichtungsblasen entstehen. Echte Vesikation bewirkte die konzentrierte Lösung nicht. Einen direkt pigmentzerstörenden Einfluſs besitzt das Karbol in keiner Weise, vielmehr erscheint es durch seine, das Protoplasma schädigenden und aufhellenden Eigenschaften als ein in der Histologie zum Studium der interepithelialen Pigmentationen mit Vorteil zu verwendendes Mittel.

II. Versuchsgruppe.

Qualitative und quantitative Gewebsveränderungen nach mehrmaliger Ätzung mit Acidum carbolicum liquefactum.

Untersucht wurden im ganzen sieben Stücke: drei Stücke, bei welchen das Karbol zu therapeutischen Ätzungen mehrmals angewandt worden war, und zwar je einmal innerhalb 24 Stunden bei zwei-, drei- und fünfmaliger Wiederholung. Ferner zwei experimentelle Ätzungen, ebenfalls auf menschliche Haut, und zwar eine viermalige Karbolätzung (eine pro Tag), eine siebenmalige (alle drei Stunden innerhalb zweier Tage eine). Aufserdem gelangten zur Untersuchung vom Kaninchenohr zwei Stücke, das eine nach neunmaliger, das andere nach einundzwanzigmaliger Ätzung.

Die untersuchten therapeutischen Ätzungen auf Leprahaut, welche ich der Freundlichkeit des Herrn Dr. Unna verdanke, geben im allgemeinen die Befunde wieder, welche man nach mehrmaliger Karbolapplikation auf gröfsere Flächen erzielt, verwischen jedoch etwas das interessante Verhalten des zentralen Herdes zum Entzündungshof. Wesentlich, um dieses genauer festzustellen, wurde bei den vier experimentellen Ätzungen dieser Gruppe darauf acht gegeben, dafs genau dieselbe Stelle, möglichst in derselben Ausdehnung, punktförmig geätzt wurde.

VII. Versuch.

Zweimalige Karbolätzung über einem Leprom, täglich eine Ätzung. Excision 48 Stunden nach der zweiten Ätzung.

Befund: Die Hornschicht ist durch einen aus massenhaften Leukocyten bestehendem, trockenem Abscefs in zwei Lagen auseinandergesprengt.

An manchen Präparaten von verhornter Stachelschicht umschlossen zwei Lagen eingewanderter Leukocyten übereinander.

Das Ganze stellt den Schorf dar, der sich genau in demselben

Farbenton wie Keratin färbt und vom noch erhaltenen Epithel dadurch scharf abhebt. Der Schorf hat sich insbesondere da abgehoben, wo die Leukocyteneinwanderung stattgefunden hat. Es beteiligen sich an der Verschorfung nicht blofs die Hornschicht, sondern auch die Körnerschicht und die älteren Lagen der Stachelschicht und verhalten sich nach Lage, Aussehen und Farbe fast genau wie echte Hornzellen. Nur sind die Stachelzellen des Schorfes etwas weniger abgeplattet, als diese. Keratohyalin im Schorf noch wohl erkennbar. Der Schorf läfst auch längere Strecken, wo er am tiefsten ins Epithel vordringt, noch 2—3 Lagen sich normal färbender Stachelzellen intakt, welche ebenfalls zu einem platten Lager hornschichtartiger Zellen zusammengedrückt sind. Wo seine Loslösung vom Epithel spontan erfolgte und nicht durch das Schneiden oder die Präparation, hat sich bereits wieder eine Hornschicht gebildet. In der Übergangsschicht markiert sich das neugebildete Keratohyalin auch ohne spezifische Färbung recht gut. Wo er noch haftet, aber augenscheinlich dem Abstofsen nahe ist, erscheint die Körnerschicht in grofser Mächtigkeit ebenfalls mit sehr schön ausgeprägtem Keratohyalin. Als Folge des auf die Unterlage ausgeübten Druckes, hat sich das im Fall (Leprahaut) verstrichene Leistensystem teilweise in die Cutis vorgebuchtet, wodurch das zapfenförmige Aufsitzen der basalen Zellschicht deutlich markiert ist. In dieser Lage viele Mitosen, selbst da, wo nur noch zwei Lagen Epithel übereinander unversehrt geblieben sind. Solche werden vielfach bei nicht speziellen Chromatinfärbungen durch die höchst bizarren Formen vorgetäuscht, welche das fragmentierte Chromatin in den als Ganzes erhaltenen Kernen annimmt.

Die Intercellularräume sind im Gegensatz zu den Befunden bei der einmaligen Ätzung in den basalen Lagen trotz der starken Zellabplattung noch erweitert. Zwischen dem Epithel spärliche Leukocyten in Migration.

Neue Formen der Veränderung treten in der Cutis nicht auf. Besonders ausgeprägt ist die Zertrümmerung des Chromatins zu kleinen und kleinsten Bröckeln und Kügelchen. Vorherrschend sind schlauchförmige Kerndestruktionen mit allerlei Ausbuchtungen, in deren Enden sich das gelöste oder fein verteilte Chromatin wohl der Schwere nach absedimentiert hat. Die so veränderten Kerne nehmen die mannigfaltigsten Formen an und sind Feuersteinkieseln oder Werkzeugen aus der Steinzeit nicht unähnlich (Chromatolysis), cf. Abbildung VI. Seltener sind die beschriebenen Bilder der Chromatotexis.

In dem homogenisierten Kollagen finden sich weitklaffende Lymphspalten neben wenigen, fast ausschliefslich roten Gefäfsthromben, namentlich der interpapillaren Kapillaren. Arterien fast durchgängig wegsam. Venen vielfach stasiert. Unter normalem Epithel in der Cutis viele hypertrophische Gewebszellen mit üppigem Spongioplasma. Keine Korbzellen.

Bemerkenswert ist, dafs im vorliegenden Falle der zweimaligen Ätzung das Epithel nicht durchbrochen erscheint, im Gegensatz zu dem Befunde der einmaligen Karbolätzung (Versuch V. Excision nach 24 Stunden), wo die Verätzung durch das Epithel bis zur Cutis vordringt. Die Leisten sind dabei in beiden Versuchen annähernd gleich hoch; die benutzte Lösung war dieselbe; schliefslich wurden auch beide Versuche an derselben Person vorgenommen. Der mitgeteilte Befund vorhandener Mitosen giebt uns den Schlüssel für dieses scheinbar widersprechende Verhalten, so dafs wir im vorliegenden Falle auf Neubildung und Nachrücken von Epithel innerhalb der zwischenliegenden 48 Stunden schliefsen dürfen, wozu es bei der einmaligen Karbolätzung, wo die Excision schon nach 24 Stunden erfolgte, noch nicht kam.

Die Karbolätzung macht im Epithel im wesentlichen den Eindruck einer abnorm schnellen Verhornung. Man sieht im Schorf bei geeigneter Färbung deutlich zwei annähernd gleich hohe Schichten — offenbar die Effekte der beiden Ätzungen —, die das Bild verhornter Zellen boten und auch hie und da noch ziemlich deutlich zwei Keratohyalinschichten zeigten. Die zweite Ätzung hatte durch den Schorf der ersten durchgewirkt und ihrerseits die noch nicht geätzten obersten Stachelzellen rasch in Körner- und hornartig aussehende Zellen übergeführt. Unter dem Schorf trafen wir neue Hornschicht von keratohyalinhaltiger Körnerschicht gefolgt. Demnach erscheint die Karbolätzung im wesentlichen als ein Vorgang, der die Verhornung erheblich beschleunigt. Es entspricht dieser Befund auch den reduzierenden Eigenschaften des Karbols, und Verhornung ist nach der Ansicht Unnas und Baumanns zum Teil auch ein Reduktionsvorgang.[18]

Die teilweise schon vollzogene Abstofsung des Schorfes ergiebt sich in den Präparaten als eine rein mechanische, direkte Folge der Leukotaxis. (dafs sie auch ohne diese vor sich gehen kann, haben wir bei Fall V beobachtet.) Wir haben gesehen, dafs innerhalb der ersten 24 Stunden die Leukotaxis eine sehr geringe war, und folgern daraus, dafs dem Karbol als solchem keine oder keine nennenswerten leukotaktischen Eigenschaften zukommen. Die diesen Schlufs unterstützenden experimentellen Untersuchungen von Prudden, die andere Untersucher[19] bestätigen, haben wir bereits erwähnt. In diesem Sinne wirkt das Karbol bekanntermafsen eiterungshemmend, eine Wirkung, die von der eigentlich antiseptischen, baktericiden abzutrennen ist. Es ist schwer zu sagen, wodurch nun diese umfangreiche Leukotaxis zuerst ausgelöst wird. Sie setzt augenscheinlich

[18] Überhäutung und Überhornung. *Berl. klin. Wochenschr.* 1883. No. 35.

[19] Disselhorst, Studien über die Emigration farbloser Zellen aus dem Blute. *Virch. Arch.* Bd. 113. pag. 95. Disselhorst kommt u. a. zu dem Schlusse, dafs die Karbolsäure lähmend oder ertötend auf farblose Zellen einwirke, je nach ihrer Intensität in mehr oder minder kurzer Zeit.

erst dann ein, wenn der mehr und mehr aufser Cirkulation gesetzte Ätzbezirk als Fremdkörper zu wirken beginnt und zwar im Sinne der Pfeffer-Lebberschen Chemotaxis[20] als chemisch differenter Fremdkörper.

Nach Husemann ist die Karboleiweifsverbindung eine sehr wenig beständige, aus welcher sich das Karbol durch Wasser leicht wieder auswaschen läfst. Wässerige Auszüge des Karbolschorfes müfsten demnach Phenolreaktion ergeben. Diese fiel aber bei vier so behandelten Schorfen nur einmal schwach positiv aus.

1. Von einer pfennigstückgrofsen Karbolätzung auf meinem Vorderarme zog ich nach zwei Stunden mit einer Cilienpinzette eine Anzahl kleiner Hornschichtfetzen ab (mehr liefs sich nicht abziehen). Im wässerigen Auszuge (mit ca. 2 ccm aq. dest. durch sechs Stunden) ist weder durch Eisenchlorid, noch durch Bromwasser Phenol nachzuweisen.

2. Ein am fünften Tage abgenommener, in ca. 2—3 ccm destilliertem Wasser sechs Stunden extrahierter Schorf von der Gröfse einer halben Linse ergab im Filtrat mit Eisenchlorid keine Phenolreaktion, dagegen fiel die äufserst subtile Tribromphenolreaktion eben noch positiv aus; durch Bromwasser entstand eine leichte bläulichweifse, rauchartige Trübung.

3. und 4. Im Auszuge zweier nach acht und 14 Tagen abgenommener, etwa ebensogrofser Karbolschorfe war durch beide Proben kein Phenol nachzuweisen.

Die Tribromphenolreaktion weist noch Spuren von Phenol nach, wo die Eisenchloridprobe längst nicht mehr positiv ausfällt. Stellt man mit der Quantität konzentrierten Karbols, welche an der Spitze eines Platindrahtes hängen bleibt, zur Kontrolle mit ca. 20 ccm Wasser eine Verdünnung her, so kann man mit Bromwasser noch eine deutliche Phenolreaktion erhalten, also mit einem Bruchteil eines zur Ätzung verwendeten Tröpfchens.

Das Karbol verschwindet demnach chemisch aus dem Schorf fast ganz, und wir verstehen, weshalb es jetzt zu einer sekundären Anlockung von Leukocyten kommen kann, welche das Karbol primär nicht bewirkt. Über seine Schicksale, ob es zum Teil resorbiert, oder weiter oxydiert wird, oder verdunstet, kann ich keine Angaben machen; ebensowenig über die Zusammensetzung der Eiweifsverbindung des nekrotisierten Gewebes, wodurch sich die Frage vielleicht besser beantworten liefse. Möglicherweise bleibt auch die Leukocytose zunächst blofs deshalb aus, weil das Karbol das Cutisgewebe so schwer schädigt, dafs es für Leukocyten zeitweilig impermigrabel wird.

Der Vorgang der Abstofsung des Schorfes selbst ist unschwer verständlich. Es scheint mir nicht müfsig zu sein, die in Betracht kommenden Momente hier zu besprechen. Es handelt sich um die Äufserung teils physikalischer, teils chemischer Kräfte. Diese Kräfte sind ungefähr die folgenden:

---

[20] Eine Stütze der experimentell bewiesenen Lebberschen Lehre scheint mir nebenbei auch in dem Umstande zu liegen, dafs die Migration der Leukocyten durchaus unabhängig von dem Gesetze der Schwere vor sich geht, wenn man nicht eben darin auch eine zweckmäfsige „psychische Thätigkeit" der Leukocyten sehen will.

I. Physikalische.

Von seiten des Schorfes.

1. Die durch die Austrocknung bedingte Retraktion und Kontraktion des Schorfes (sie wirkt zentripetal gegen das Ätzzentrum. Resultat: Teilweise Lösung des Schorfes von der Unterlage; Zustandekommen von Einrissen in den Schorf.)

Von seiten des proliferierenden Epithels.

2. Die Epitheluntersehichtung des Schorfes von den Seiten (wirkt in demselben Sinne, keilartig nach innen vordringend. Resultat: Ebenfalls teilweise Loslösung des Schorfes).

3. Der Epithelnachschub von unten (wirkt durch vermehrte Konvexität der Unterlage zugleich durch zunehmende Oberflächenspannung vom Zentrum der Ätzung aus in zentrifugaler Richtung. Resultat: Loslösung der Unterlage von dem Schorf, der je nach seiner Dehnbarkeit entweder die Bewegung der Unterlage zunächst mitmacht oder einreißt, oder mehr und mehr als tangentiale, nur im Zentrum noch befestigte Platte der Unterlage aufliegt, physikalisch durchaus derselbe Vorgang, wie ihn UNNA in seiner Histologie der Haut im *Ziemssenschen Sammelwerk* zur Erklärung der normalen Desquamation heranzieht.)

II. Physikalisch-chemische:

Physikalische von seiten der Leukotaxis.

1. Sprengwirkung des unter den Schorf tretenden einzelnen Leukocyten bei impermigrablem Schorf. Resultat: Teilweise Absprengung des Schorfes in horizontaler Richtung von der Unterlage.

2. Sprengwirkung der Leukotaxis en masse durch Drucksteigerung in dem Immigrationsbezirke bei teilweise permigrablem Schorf. Resultat: Einrisse in dem Schorf in horizontaler und vertikaler Richtung, Absprengung des Schorfes von der Unterlage.

Chemische von seiten der Leukotaxis.

3. Die peptische „histolytische" Wirkung (LEBER) der Leukocytose durch Enzymbildung. Resultat: Verdauung und Verflüssigung der Adhäsionen (insbesondere des Elastins).

Diese Kräfte unterstützen und ergänzen sich wechselseitig.

Die herrschende Anschauung vindiziert der Histolyse den Hauptanteil bei der Lösung nekrotischer Gewebsteile. Beim Karbolschorf, meiner Ansicht nach, nicht mit Recht. Gegen die ausschließliche Be-

tonung der histolytischen Wirkung der Leukocytose sprechen die vier folgenden Beobachtungen:

1. Beobachtung. Die Abhebung von Schorfen kann ganz ohne Leukocytose erfolgen; dabei können Hohlräume zwischen Schorf und intaktem Epithel entstehen, welche ich „Schichtungsblasen" genannt und auf die Retraktion des austrocknenden Schorfes bezogen habe (cf. Versuch V). In diesen fehlt die Leukocytose oft vollständig, oder

2. Beobachtung. Die Leukocytose ist an der Basis auf kürzere Strecken abgehobener Schorfe oft sehr unbedeutend. Man zählt vielleicht 4—6—10 kugelige Leukocyten, findet aber keine Spur von Fibrin und das darunterliegende Gewebe tingiert sich durchaus normal (Fig. II., vergl. auch Fig. I.)

3. Beobachtung. Die Histolyse geht beim Karbolschorf zeitlich nicht unmittelbar der Abstofsung voran. Zwischen dem 2. und 5. Tage nach der Ätzung ist der Schorf auf seiner Unterlage leicht verschieblich und man sieht ein eiteriges Exsudat durch den pergamentartigen Schorf durchschimmern. Später wird der Schorf wieder fest und blättert in der Mehrzahl der Fälle erst gegen den 12. Tag, meist später, durchaus trocken ab.

4. Beobachtung. Die definitive Abstofsung erfolgt beim Karbolschorf vielmehr, wie der unten zu besprechende Versuch XV (einmalige Karbolätzung auf menschliche Haut, excidiert nach zehn Tagen) darthut, durch den physikalischen Vorgang, welcher auch für die normale Desquamation mafsgebend ist und unter den physikalischen Ursachen für die Abstofsung der Schorfe sub 3 oben besprochen wurde). Der leukocytäre Abscefs ist bei Versuch XV nach unten vollständig durch ein breites Band nachgerückten verhornten Epithels abgeschlossen, welches mit dem Schorf in gemeinsamer Abstofsung begriffen ist und sich von einer neugebildeten Hornschicht des fertigen Deckepithels deutlich isolieren läfst. Die Demarkationslinie entspricht also hier nicht der Basis der leukocytären Einwanderung.

Ich habe nun noch den Beweis zu erbringen für meine oben aufgestellte Behauptung, dafs die Leukocyten eine mechanische Wirkung bei der Abhebung von Schorfen auszuüben vermögen und thatsächlich auch ausüben. Die Grundlage für diese Behauptung bildet die erwähnte zweite Beobachtung: die wenigen kugeligen Leukocyten an der Basis auf kurze Strecken abgehobener Schorfe (ähnlich wie in Fig. I. Ich habe aber später hierfür noch markantere Präparate gefunden und eines davon, nebst einer Anzahl anderer in der biologischen Sektion des Hamburger ärztlichen Vereins am 18. Februar 1896 demonstriert.)

Bei dem harten und spröden Karbolschorf, welcher a) nicht oder b) nur in seinen untersten, noch wasserreicheren Lagen für die

Leukocyten durchgängig ist, sind die Bedingungen für eine mechanische Sprengwirkung der Leukocyten in doppelter Weise gegeben, und zwar:

a) für eine Sprengwirkung des einzelnen Leukocyten und

b) für eine Sprengwirkung der in einem abgegrenzten Bezirke sich ansammelnden Leukocyten en masse.

Wofern es gestattet ist, aus der mikroskopischen Autopsie auf einen stattgehabten Lebensvorgang zu schliefsen, so erklärt mir die Kugelgestalt der Leukocyten die Thatsache der Abhebung des Schorfes in den Präparaten der zweiten obigen Beobachtung in folgender Weise:

a) Der einzelne Leukocyt nimmt, eben indem er aus den Saftspalten des Epithels austritt und seine Fortsätze an sich zieht, allmählich Kugelgestalt[21] an, eine Form, welche ihn als kontraktilen Körper am besten befähigt, durch zunehmende Oberflächenspannung Sprengwirkung auszuüben. Der Leukocyt wird sich dabei zwischen Schorf und die obersten Epithelzellen, welche die Gewebslücke umgeben, aus der er eben ausschlüpfen will, nadelkopfförmig einbohren, ähnlich wie man Leukocyten bei ihrem Durchwandern durch das Epithel auch gelegentlich seitliche Ausläufer über die Kuppen von Epithelzellen schicken sieht (was zunächst vielleicht durch den hier zufällig geringeren Gewebswiderstand veranlafst sein kann, aber augenscheinlich den Zweck hat, Stützpunkte für das Nachziehen seiner tiefer in den Saftspalten steckenden Teile zu erhalten). Hat er diese Position gewonnen, dann stützt er sich auf die Randpartien der Gewebslücke, in welcher seine unteren Fortsätze noch stecken, als Unterlage auf und zieht

[21] Für diese Auffassung ist es natürlich gleichgültig, ob man runde kugelige Leukocyten gemeinhin für abgestorben hält. In Kugelform treten sie ja nicht durch das Epithel. Bis sie Kugelform unter dem Schorf angenommen haben, müssen sie ihre mögliche mechanische Arbeit geleistet haben. Dann mögen sie unter dem Einflusse irgendwelcher Noxe immerhin absterben. Es scheint mir überhaupt nicht ganz gerechtfertigt, in der Kugelform jedesmal auch die Todesform zu sehen. Es kommt doch ganz auf das Menstruum an, in welchem sich der Leukocyt aufhält. Ich bin, unabhängig von Leber, lediglich als Anhänger seiner Lehre, zu demselben Schlusse wie Leber gekommen, dafs die Kugelform des Leukocyten, in welcher er teilweise auch in der Blutbahn kreist, seine Ruheform darstellen mufs und zunächst blofs der Ausdruck dafür ist, dafs keine chemotaktischen Reize auf ihn einwirken, dafs die Summe aller auf ihn einwirkenden Reize gleich Null ist. Im Gewebe entspricht die Kugelform höchstwahrscheinlich nicht auch seiner Ruheform, ähnlich wie ein seiner Schale entkleidetes weich gekochtes Ei, auf eine flache Unterlage gelegt, keineswegs die Eiform beibehält, sondern sich an seiner Basis ziemlich stark abflacht. Leber sah bei Untersuchung von Leukocyten im erwärmten, hängenden Tropfen, diese durch Zuthat von aus faulenden Muskeln gewonnenen Extraktes Kugelgestalt annehmen und absterben. Es scheint mir hier die Vermutung erlaubt, dafs das Annehmen der Kugelgestalt noch nicht eine Äufserung des erfolgten Todes, sondern eine durchaus zweckmäfsige, zunächst vielleicht noch vitale Leistung des Leukocyten ist, indem bekanntlich die Kugel bei gröfstem Inhalt die kleinste Oberfläche bietet. Der Leukocyt wird zunächst das Bestreben haben, eine möglichst kleine Oberfläche der auf ihn einwirkenden Schädlichkeit entgegenzusetzen, was er eben in der Kugelgestalt erreicht, allerdings nicht mit Erfolg.

seine lang ausgezogenen unteren Teile allmählich an, in und durch sich. Gleichzeitig mit der Anschwellung seines oberen Teiles mufs es ihm mehr und mehr gelingen, den Schorf lokal von seiner Unterlage abzusprengen. Seine aktive mechanische Leistung, welche sich übrigens durch das chemotaktische Moment der Anlockung zu einem passiven gestaltet, hat ihren Höhepunkt erreicht und ist zu Ende, sobald er seine sämtlichen Fortsätze aus der Gewebslücke gezogen hat. Diese wird sich alsbald wieder durch die Fähigkeit der elastischen Rückordnung hinter ihm schliefsen. Eine weitere passive Leistung an der Ablösung des Schorfes kann dadurch erreicht werden, dafs der ausgetretene Leukocyt durch Zug- und Druckwirkungen von seiten des austrocknenden Schorfes auf dem Epithel münzenförmig plattgedrückt wird, mit dem Effekt, dafs nun auf eine weitere Strecke der Schorf gelöst werden kann, als es möglicherweise durch die Sprengwirkung des kugelig werdenden Leukocyten geschah. Rücken mehrere Leukocyten durch dieselbe Gewebslücke — eine oft zu konstatirende Thatsache —, so ist sein Ausweichen nach unten ebenfalls ohne weiteres ausgeschlossen. Die weitere Voraussetzung für das Zustandekommen einer Sprengwirkung war ja die Thatsache:

(a), dafs ein Teil der Karbolschorfe für Leukocyten vollständig impermigrabel ist. Beide Bedingungen sind somit erfüllt. Jeder weitere (β) durch dieselbe Lücke tretende Leukocyt mufs also nun den vorhergehenden (α) seitlich zwischen Schorf und Epithel einkeilen, dadurch, dafs er (β) selbst denselben Austrittsprozefs aus dem Epithel durchmacht, wie der vorhergehende (α), u. s. w. Bei dieser indirekten Wirkung ist es selbstverständlich irrelevant, ob der erst durchgetretene Leukocyt α mittlerweile abgestorben ist oder nicht. Damit ist der Übergang zu einer Massenwirkung der Leukocytose gegeben. War die Sprengwirkung des ersten Leukocyten (α) schon so ausgiebig, dafs ein oder mehrere nachfolgende Leukocyten in dem so entstandenen Hohlraume Platz haben, so weichen sie durch weiter einwandernde Leukocyten einfach zur Seite, und eine weitere indirekte Sprengwirkung wird erst dann wieder eintreten, wenn in diesem Hohlraume durch zuwandernde Leukocyten Drucksteigerungen zu stande kommen.

Genau der letztere Vorgang wird sich abspielen, wenn der Leukocyt bei seinem Durchtritt durch das Epithel nach oben entweichen,

b) noch in die permigrablen untersten Lagen des Schorfes einwandern kann. (cf. Schorf des Entzündungshofes Fig. III). Jedes Mehr an eindringenden Leukocyten als der möglichen Dehnung einerseits des Schorfes, andererseits der intakten Unterlage entspricht, wird die Wirkung haben, dafs es zu einer Absprengung des karbolkeratinisierten Gewebes nach der Richtung hin kommt, wo der geringste Widerstand ist, also vorwiegend nach der Peripherie zu, wo die Verschorfung oberflächlicher wird und mehr und mehr im Gesunden ausklingt. Dementsprechend sah

man dann auch meistens, dafs sich der Schorf in den Randpartien, insbesondere in der Zone des Entzündungshofes, abgehoben hat, welche Wirkung noch durch die Retraktion der austrocknenden Schorfe unterstützt werden mufs. Letztere wirkt in entgegengesetzter Richtung (zentripetal zum Ätzzentrum), wie (in diesem Falle) die Massensprengwirkung der Leukocyten, welche horizontale Einrisse nach der Peripherie zu besorgte.

Andererseits kann auch einmal der Ätzherd den Locus minoris resistentiae abgeben und durch eine massenhafte, in den Entzündungshof erfolgte Leukocytenimmigration indirekt ausgerissen werden. Man sieht dann einen von gemeinsamer Hornschicht umschlossenen Abscefs, in dessen oft noch als Delle markiertem Zentrum der ausgerissene zentrale Herd an dem Hornschichtüberzug draperieartig in den Abscefs hereinhängt. Auch ist es noch bisweilen zu konstatieren, dafs der Herd selbst an seiner Basis keine nennenswerten leukocytären Einlagerungen aufweist. Als Beweis für die Richtigkeit der Deutung findet man in den betreffenden Präparaten die Randpartien des Schorfes nicht abgerissen, sondern noch im Kontakt mit der Unterlage.

Aufser den eben erwähnten Beobachtungen sprechen an anderen Schnitten zu sehende klaffende Einrisse an der konvexen Aufsenseite des Schorfes für eine stattgehabte, durch Leukocyten verursachte Drucksteigerung in der Immigrationszone. Mit anderen Worten: der Abscefssack ist geplatzt, die Hornschicht, je nachdem auch das nekrotisierte Epithel eingerissen, und man kann sich das Zustandekommen solcher Einrisse gerade auf der Konvexität des Schorfes eben nur durch eine von innen wirkende Kraft vorstellen.

Für die Abhebung des Karbolschorfes kann nach der gegebenen Darstellung die Beteiligung einer mechanischen Wirkung der Leukocytose kaum in Abrede gestellt werden.

Für die Abhebung der Schorfe überhaupt scheinen mir die obengenannten Kräfte ebenfalls mafsgebend zu sein, wobei je nach der Qualität des Schorferregers mehr die chemischen oder mechanischen Kräfte prävalieren werden.

(Schlufs folgt.)

Zur Pemphigusfrage.

Von

Prof. Petrini di Galatz-Bukarest.

Dem Organisationskomitée des Kongresses schulden wir Dank dafür, daſs er die Pemphigusfrage auf die Tagesordnung gebracht hat. Ohne die wichtigen Arbeiten von Duhring und Brocq über die Dermatitis herpetiformis verleugnen zu wollen, ist es nicht billig, die Gruppe des Pemphigus vulgaris zu Gunsten der Dermatitis herpetiformis zerstören zu wollen.

Um nämlich mit dem Strome zu schwimmen und den modernen Ideen nicht untreu zu werden, betrachten die meisten Dermatologen typische Pemphigusfälle als Duhringsche Dermatitis herpetiformis und schlieſsen in diesen Rahmen Fälle von Urticaria papulo-bullosa, multiforme Erytheme, pustulöse Dermatitiden, Hydroa ein.

Ich habe auch Fälle beobachtet, die ich als Dermatitis herpetiformis Duhring[1] diagnostiziert habe, damit man nicht sagen könne, ich kenne die Arbeiten von Duhring und Brocq nicht. Dieselben hätte man aber ebensogut als „Pemphigus circinatus“ und Erythema multiforme bullosum chronicum etc. auffassen können.

Kommt aber einer und sagt, der Pemphigus circinatus sei überhaupt kein Pemphigus, man müsse ihn als eine herpetiforme Dermatitis betrachten und zur Gruppe des Erythema polymorphum Hebra gehöre nur noch das Erythema papulosum und nodosum, so erklären wir uns mit ihm einverstanden. Danach würde dann der Herpes iris, das Erythema iris, der Pemphigus circinatus, das Erythema bullosum, die Urticaria bullosa chronica eine Gruppe bilden, und zwar unter dem Titel „Dermatitis Duhring“, aber nicht herpetiformis, wenn sie sich nicht unter dieser Form präsentiert.

Man kann dann auch, wie ich dies bereits 1892[2] gethan, folgende drei Varietäten des Pemphigus annehmen: 1. Pemphigus vulgaris chronicus mit periodischen Schüben und meist letalem Ausgang; 2. Pemphigus foliaceus; 3. Pemphigus vegetans vulgaris.

Die beiden letzteren Formen können unter der Gestalt eines Pemphigus vulgaris chronicus beginnen, nach dem Typus 1. und in den

---

[1] Mit circinärem und chronisch polymorphem Typus.

[2] *Über Pemphigus foliaceus. Histologische Untersuchung über drei ähnliche Fälle.* Internat. Kongreſs. Wien 1892.

Typus 2. foliaceus oder 3. vegetans übergehen. Diese letztere Form führt zur Kachexie und ist glücklicherweise die seltenste, aber auch die schwerste.

Neben diesen drei wohl abgegrenzten Pemphigustypen glaube ich eine Gruppe bullöser Dermatosen annehmen zu müssen, die man als Pemphigus benignus aufgefafst hat, welche bei jüngeren Leuten vorkommen, ein- oder zweimal recidivieren, aber stets in Heilung übergehen.

Diese letztere Gruppe kann zur Hydroa bullosa von BAZIN gezählt und einfach Hydroa genannt werden, ohne ihr die Bedeutung wie die englischen Dermatologen zu geben. Es scheint mir nämlich unstatthaft, neben dem Pemphigus vulgaris, der ja öfters zum Tode führt, Fälle bullöser Eruptionen zu stellen, die nach zwei oder drei Wochen in Heilung übergehen.

Nach meiner Ansicht ist der Pemphigus eine der schwersten Dermatosen, die das höchste Mortalitätsprocent liefert. Die Hydroa hingegen ist eine der leichtesten bullösen Dermatosen.

Für die Gruppe der Dermatosen, welche nach einigen Autoren zur Dermatitis herpetiformis gehört, haben wir in der Dermatologie folgende Bezeichnungen: chronisch pustulöse Dermatitis, polymorphes papulobullöses Erythem, kleinpapulöse Urticaria oder Lichen urticans (schlechte Bezeichnung), Herpes und Erythema iris und circinatus etc.

Nur unter gewissem Vorbehalt nehme ich deshalb die Dermatitis herpetiformis im modernen Sinne an. Man könnte vielmehr vorteilhafter unter der Bezeichnung DUHRINGsche Dermatitis gruppieren: den Pemphigus circinatus, den Herpes iris, das Erythema iris, das Erythema bullosum, die kleinpapulöse, bullöse oder nicht-bullöse Urticaria. Damit zerstören wir nicht eine Gruppe von Dermatosen, die als Pemphigus vulgaris aufgefafst werden mufs. Der Typus der Hydroa vacciniformis mufs an die Seite der Hydroa simplex gestellt werden.

Wenn einerseits keine Übereinstimmung in der Frage besteht, was als Pemphigus aufgefafst werden soll, so besteht sie andererseits zum Vorteile der Patienten bezüglich der Therapie.

Inwieweit die von LEREDDE[1] bei der DUHRINGschen Krankheit im Gegensatze zum Pemphigus vulgaris konstatierte Eosinophilie differentialdiagnostisch verwertet werden kann, darüber kann ich vorläufig noch nicht urteilen.

(Übersetzt von C. Müller-Bern.)

[1] *Ann. de Derm. et de Syph.* April 1895. pag. 281—284.

Nachtrag zum Aufsatze „Über die Verwendung von Nuklein-Nährböden".[1]

Von

Dr. Emil Tauffer,

ehemaligem I. Assistenten für pathologische Anatomie und Bakteriologie in Budapest.

Gelegentlich genannter Untersuchungen wurde auf eine konstante Verunreinigung der Nuklein-Nährböden hingewiesen, die sich aus angeführten Gründen nahezu gar nicht beseitigen läfst — es wäre denn mit der chemischen Veränderung des Nährsubstrates — und die wahrscheinlich einen Beobachtungsirrtum des Herrn Dr. Gollasch[2] verursacht hat.

Da es zur Zeit jener Publikation noch nicht möglich war, uns über die Natur und Spezies dieser Mikroorganismen (welche sich in mancher Hinsicht mit den Eigenschaften der Heubacillen — die am ehesten zu solchen Irrtümern veranlassen können — nicht deckten) zu äufsern, so beschäftigte ich mich weiter und eingehender mit denselben und will in folgendem über meine Ergebnisse berichten:

Trotz der erwähnten Farbenproduktion, die bei den anscheinenden Reinkulturen im Laufe der Zeit auftrat, glaubte ich lange mit Heubacillen — vielleicht mit einem noch nicht beschriebenen Varianten — zu thun zu haben, bis ich den faulen Geruch, den die Kulturen entwickelten, gewahrte. Dies leitete zur Voraussetzung einer Symbiose von Heubakterien mit — nach dem Geruche geurteilt — irgend einer Proteusart. Die Vermutung bestätigte sich aber nicht vollkommen, indem es sich zwar thatsächlich um eine Symbiose, doch nicht mit einer bis jetzt bekannten Proteusspezies, sondern um eine Bacillenart handelte, die ihren Platz zwischen den Fäulnisbakterien noch nicht behauptet.

Dafs dieser Nachweis trotz der Farbenveränderung der Kulturen, die sich in 4—5 Tagen einstellte, nicht schon damals gebracht wurde und gebracht werden konnte, mufs durch die notwendige Reserve entschuldigt werden, welche sich bei bakteriologisch-morphologischen Untersuchungen, hauptsächlich wenn es sich um Fäulnismikroorganismen handelt, stets aufdrängt, und die kurze Zeit, die bis zum dermatologischen Kongresse in Graz[3] noch zu Gebote stand, zur endgültigen Entscheidung nicht genügte.

---

[1] Diese Zeitschrift. Bd. XXI. Heft 10. 1895.

[2] Gollasch, De la presauce etc. *Journ. d. mal. cut. et syph.* 1894.

[3] Das in dieser Zeitschrift erschienene Referat war daselbst zum Vortrage angesetzt. Der Verfasser.

Es ist ja bekannt, dafs bei Fäulnisprozessen in verschiedenen Zeiträumen verschiedene Mikroorganismen in anscheinenden Reinkulturen vorhanden sein können und dafs die Vegetation der einen Art notwendig der anderen vorangeht, teils um den Nährboden für die nächstfolgenden vorzubereiten, teils aber darum, weil die Stoffwechselprodukte der schneller zur Entwickelung gelangenden Art die gleichzeitige Vegetation der folgenden hemmen. Und eben hierin liegt die Ursache, warum die Keime sämtlicher Arten trotz der gleichzeitigen Anwesenheit nicht auch gleichzeitig wahrgenommen werden können. Dieselbe gilt aber nicht nur für die faulenden Substanzen, sondern auch für die aus denselben angelegten Kulturen.

Dafs eben deshalb die Hintanhaltung einer sekundären Verunreinigung der angelegten Kulturen eine „conditio sine qua non" sein mufs, um ein einwandfreies Urteil zu gestatten, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden. Und nur zeiträumlich verschiedene Parallelversuche, mit gleichem Resultate, berechtigen uns zur Behauptung der konstanten Symbiose, die wir bei unserem Versuchsmateriale wiederholt wahrgenommen haben.

Eine grofse Schwierigkeit legt uns in den Weg bei dem gewöhnlichen Plattenverfahren die Vermeidung der Entwickelung verschiedener Schimmelpilze, die sich sehr leicht etablieren, sobald die Platten behufs mikroskopischer Untersuchung gelüftet und doch noch längere Zeit verfolgt werden müssen. Es mufste daher eine grofse Anzahl von Platten aus derselben Impfung angelegt werden, um einzelne in verschiedenen Zeiträumen opfern zu können.

Nicht ohne Grund sei betont, dafs man blofs aus mikroskopischen Bildern von „Reinkulturen" (?!) die „in flüssigem Nährboden gezüchtet" und in „verschiedenen Zeiträumen derselben Kultur" entnommen werden, keine „Identitäten" und „Polymorphismen" einwandsfrei nachweisen kann. Dafs dies noch weniger bei Kulturen annehmbar ist, denen „frischer Nährstoff" von zweifelhafter Sterilität ab und zu zugesetzt wird, ist wohl kaum nötig zu behaupten. (S. die Publikation des Herrn Dr. GOLLASCH a. a. O.)

Und selbst trotz der erwähnten Vorsichtsmafsregel kann vorkommen, dafs uns sogar dieses Isolierungsverfahren im Stiche läfst, wenn wir mit sehr rasch verflüssigenden Bakterien, z. B. Heubakterien oder Bakterium liquefaciens etc. gleichzeitig zu thun bekommen. Nur sehr starke Verdünnungen mit gehöriger Anzahl von Platten können uns in Fällen enger und nur zeiträumlich verschieden sich manifestierender Symbiosen zum Ziele führen, da der Zusatz spezifischer, die Entwickelung verhindernder Chemikalien, auch auf uns unbekannte Mikroorganismen modifizierend oder hemmend wirken kann und das in manchen Laboratorien geübte

Austupfen der schnell verflüssigenden Kolonien mit Sublimat oder anderen Desinfizienzien aus angegebenen Motiven kein einwandsfreies Urteil gestattet.

Mit Berücksichtigung des Gesagten gelang es uns, über die oft störenden und besonders bei rasch verflüssigenden Bakterien sich bald einstellenden Degenerationsformen uns hinwegzuhelfen und von der thatsächlichen Symbiose des Bacillus subtilis bei den verwendeten Nährböden mit einer konstanten zweiten, chromogenen und den faulen Geruch bewirkenden Bacillenart uns zu überzeugen. Die gleichzeitig vorhandenen Heubakterien wurden durch dieselben derart beeinflufst, dafs sie in ihrem Verhalten von der Norm in einiger Hinsicht abweichend schienen,[4] nach der Behebung der Symbiose sich aber wieder typisch entwickelten.

Ob nun diese chromogenen Bakterienkeime sich auch ursprünglich schon im amorphen Nuklein neben den bekannt stark resistenten Sporen der Heubakterien sich befanden oder aber erst mit der Zeit sich dem in Rede stehenden — mit Herrn Dr. Gollaschs Materiale identischem — Nährboden hinzugesellten, vermögen wir mit Sicherheit nicht zu entscheiden, doch ist letzteres wahrscheinlicher und wir glauben annehmen zu können, dafs Herrn Dr. Gollaschs Bakterien Heubakterien waren und dafs seine Polymorphismen vielleicht nicht genau kontrolliertem Methylenblau entstammten.

Unser Interesse wandte sich nach diesen Schlüssen ausschliefslich der gefundenen chromogenen Bakterienspezies zu. Ich suchte dieselbe zu definieren und in der Reihe der bereits bekannten Fäulnisbakterien unterzubringen. Es ergab sich aber nach dem Vergleiche mit sämtlichen Mitteilungen über Fäulnisbakterien, dafs sie sich mit keinem der bis jetzt beschriebenen Arten identifizieren lassen, und so wage ich es, in einer kurzen Charakteristik dieselben der Öffentlichkeit zur Beurteilung zu übergeben:

Die Bacillen finden sich in den verwendeten Nukleinsuspensionen als 1,25—2,5 μ lange, durchschnittlich 0,4 μ dicke Stäbchen, die, im hängenden Tropfen bei Zimmertemperatur gezüchtet, sehr intensive schwirrende Bewegung zeigen. Ihre Beweglichkeit ist auch an Gelatine-Plattenkulturen so intensiv, dafs sie mit Reichert Ok. IV, Obj. 3, wahrgenommen werden kann.

Sie sind teils etwas geknickt, zumeist aber ganz gerade, von gleichmäfsiger Dicke, ihre Enden abgerundet. In älteren Kulturen finden sich häufig Degenerationsformen, zuweilen ganz bizarre Gestalten, die aber, rechtzeitig noch auf frische Nährboden übertragen, Kulturen ursprünglichen Aussehens liefern. Unversehrte Individuen färben sich ganz gleich-

[4] Sie entwickelten sich bei Bruttemperatur auf den üblichen Nährböden nicht. (S. spätere Beobachtung.)

mäfsig, die Degenerationsformen in verschiedenen Farbentönen. Manche derselben sind sehr dunkel gefärbt, andere (mit Karbolfuchsin) ganz blafsrot. Im Übergangsstadium ist die Tinktion an ein und demselben Individuum verschieden; gewöhnlich von einem dunkel tingierten Ende blafst der Farbenton nach dem anderen Ende ab. (Eine Erscheinung, die im allgemeinen für Degenerationsformen von Saprophyten gilt.)

Bezüglich der Temperaturverhältnisse ist das auffallendste die vollständige Entwickelungshemmung bei Brutofenwärme von 37,5°. Bleiben frisch angelegte Impfungen im Brutschrank 72 Stunden lang, so ist auch ein nachträgliches Wachstum bei abermaliger Zimmertemperatur ausgeschlossen. Die Heubacillen gelangten jedoch hiernach noch spärlich zur Entwickelung. Temperaturoptimum liegt zwischen 16—20° C.

Das Wachstum auf den gebräuchlichen künstlichen Nährböden ist je nach dessen Beschaffenheit verschieden.

Sehr eigen gestaltet sich dasselbe auf 10%iger Nährgelatine. Auf Platten erscheinen die oberflächlichen Kolonien nach 24—36 Stunden etwas hervorragend, scharf umschrieben, rund, grobkörnig, etwas bräunlich gelb. Mit dem Mikroskop betrachtet, sind die oberflächlichen Kolonien nur insofern von den tiefen verschieden, als sie bei gleichem Alter erheblich gröfser erscheinen und bereits nach 48 Stunden einen deutlichen Verflüssigungshof zeigen, der nach weiteren 1—2 Tagen in der Peripherie kaum, wohl aber in der Tiefe zunimmt und steile Ränder zeigt. Mikroskopisch zeigen die Kolonien, solange sie jung sind, einen dunkleren Mittelpunkt, der sich aber mit der Tiefensenkung verliert; die Kolonie erhält eine Lücke im Mittelpunkte, sie wird ringförmig bis sie nach etwa 4—5 Tagen ganz zerbröckelt, sich an die Ränder des Verflüssigungshofes setzt. Die tiefen Kolonien sind etwas dunkler, der Kern ist nicht so ausgesprochen, das Wachstum derselben bedeutend langsamer und die Kolonie bleibt so lange als kompakte Scheibe sichtbar, bis die Verflüssigungskugel (Zone) etwa nach 4—6 Tagen bei der Dicke der Gelatineschichte dritter Dilution von circa 2—4 mm, die Oberfläche erreicht. Hiernach dieselben Veränderungen, wie bei den oberflächlichen Kulturen.

In der Symbiose mit Bacillus subtilis entwickeln sich die Kolonien bedeutend später und kommen bei den gewöhnlichen Verdünnungsmethoden kaum zur Ansicht, da zumeist schon früher die Verflüssigung der Platten durch den Bacillus subtilis erfolgt.

Die Haupteigentümlichkeit des Wachstums liegt aber in der bizarren Gestalt einer Gelatine-Stichkultur. So, als die Verflüssigung nicht eine rasche genannt werden kann, entsteht nach 24 Stunden ein scheinbar gleichmäfsiger, gelblich-weifser Verflüssigungstrichter, der ganz mit Luft

[5] Dasselbe wurde auch bei den Heubakterien beobachtet, wenn sie mit diesen Bacillen gemischt auf die künstlichen Nährböden gebracht wurden. S. o.

erfüllt erscheint. Nach etwa 36—48 Stunden entstehen seitlich, von oben beginnend, längs des ganzen Impfstiches, zahlreiche, kleine, rundliche Ausbuchtungen, Lakunen, und in 48 Stunden hat das Ganze das Aussehen eines mit Perlen reich geschmückten Spitzbechers. Dieses lakunäre Wachstum schreitet sodann seitlich vor, wobei sich der Trichter allmählich mit Flüssigkeit füllt, einen gelblich-braunen, käsigen Bodensatz zeigt, und in 8—14 Tagen ist die ganze Gelatine verflüssigt und gelbbräunlich. Diese Verfärbung ist aber schon nach vier Tagen selbst in den noch nicht verflüssigten Gelatinepartien ausgesprochen.

Auf schiefen Glycerin-Agar- und Agar-Agar-Nährböden entstehen fein gekörnte, tautropfenähnliche, runde Kolonien, ähnlich denen des Bacillus subtilis, doch bei genauerer Betrachtung etwas feinkörniger und scharf abgerundet, die auch später nicht so wollig werden, wie die Kolonien des Bacillus subtilis. Das Wachstum ist bis zu einem Grade ziemlich rasch, doch nach dem Konfluieren der Kolonien scheint es still zu stehen und breitet sich nicht über die ganze Oberfläche des Nährbodens aus. In der Symbiose mit Bacillus subtilis geschieht dies jedoch, und dann erscheint auch die Verfärbung des Nährbodens und des Rasens später und weniger intensiv, als bei Reinkulturen, wo wir nach 3—4 Tagen eine braune, verlaufende Farbenentwickelung bemerken. Dieselbe beginnt in der dünnsten Schichte des Substrates und schreitet, verlaufend, dem Boden des Reagensröhrchens zu, bis etwa in 8—10 Tagen der ganze Nährboden zwar transparent, jedoch dunkelbraun und der Belag lichtbraun erscheint.

Auf Kieferschem Nährboden ist die Farbenproduktion nicht so auffallend, doch sind die Bacillen bedeutend gröfser und dicker als auf den Agar-Nährböden, nahezu so grofs wie Bacillus subtilis.

Im Bouillon entsteht schon nach 24 Stunden starke weifse Trübung; die Bacillen sehr kurz; keine Kammhautbildung. Nach 8—10 Tagen verfärbt sich die Kultur, von oben beginnend, gelblich-braun, und in 4—6 Wochen ist sie ganz tiefbraun geworden, ähnlich der Farbe einer frischen Nukleinsuspension.

In Nukleinsuspensionen zeigt sich erst nach Wochen ein kleiner Bodensatz. Im übrigen ist die Vegetation in denselben nur mikroskopisch nachweisbar und von Bacillus subtilis nur durch den Vergleich von Reinkulturen beider Arten durch geringe Gröfsendifferenzen zu unterscheiden.

Die Dimensionen der einzelnen Bacillen sind aufser auf dem Kieferschen Nährboden und Nukleinsuspensionen noch auf Kartoffeln der Gröfse des Bacillus subtilis genähert. Das Wachstum ist auf alkalischen Kartoffeln schneller und stärker, als auf schwach sauren. Wachstum nur im Bereiche des Impfstriches, als rötlich-brauner, sammetartiger Belag; nebenbei werden die Kartoffelscheiben schiefergrau. Die Bacillen wachsen

hier am ehesten zu langen Scheinfäden aus und bilden zahlreiche Involutionsformen.

Sporenbildung wurde nicht beobachtet.

Tiere: weifse Mäuse, Meerschweinchen und Kaninchen subkutan und intraperitoneal mit je 1 cm³ 48stündiger Bouillonkulturen geimpft, bleiben am Leben.

Auf sämtlichen künstlichen Nährböden[6] entwickelt sich ein sehr intensiver Fäulnisgeruch. Gasproduktion konnte nicht wahrgenommen werden. Anaerob angelegte Kulturen gingen nicht an.

Durch das eigenartige Wachstum im Gelatinestiche, durch die anfangs hellbraune, später ins tiefbraune übergreifende Farbenproduktion auf sämtlichen künstlichen Nährböden, schliefslich durch die Hemmung der Entwickelung durch die Bruttemperatur ist der „Bacillus brunigenus putrefaciens", wie wir ihn nennen wollen, als eine Fäulnisbakterienart sui generis charakterisiert und läfst sich trotz seiner mikroskopisch-morphologischen Ähnlichkeit mit Bacillus subtilis weder in die Reihe der Heubakterien, noch in die Gruppe der Proteusarten stellen, obzwar er durch seinen Geruch stark an letztere erinnert; doch fehlen ihm die übrigen Eigenschaften der Proteusarten, wie z. B. das Verhalten der Kultur auf Gelatine und Kartoffeln, sowie die Entwickelungsfähigkeit bei Bruttemperatur. Dafs er mit Bacillus mesentericus (Flügge) auch nicht identifiziert werden kann, geht wohl aus dem Gesagten hervor. Was die übrigen von Sanfelice, Hauser, Flügge, Lüderitz, Liborius, Max Beck, Ritsert u. A. beschriebenen Fäulnisbakterien, Bacillus Zopfii etc. anbelangt, so ist unter ihnen keiner, der die beschriebenen Eigenschaften des Bacillus brunigenus putrefaciens teilen würde, und so glaube ich, dafs man ihn mit Recht als einen bis jetzt noch nicht bekannten Saprophyten betrachten kann.

[6] In der Nukleinsuspension wurde der Geruch — wahrscheinlich wegen Mangel des Nährsubstrates an Schwefel — nicht beobachtet.

Versammlungen.

Verein deutscher Ärzte in Prag.

Sitzung vom 30. Dezember 1895.

(*Prag. med. Wochenschr.* 1896. No. 1.)

Winternitz demonstriert:

1. **Einen Fall extragenitaler Infektion** eines acht Monate alten Kindes mit Sklerose am Mundwinkel und maculo-papulösem Exanthem. Die Mutter ist an der Brustwarze vom Kinde infiziert worden. Im ganzen ist die extragenitale Infektion

in Prag nicht häufig, sie betrifft nach den Beobachtungen in der Poliklinik 2% der Fälle.

2. **Einen Fall von Urticaria pigmentosa** bei einem Säugling. Es war in der fünften Lebenswoche ein Ausschlag aufgetreten, der nach einer Woche schwand. Drei Tage darauf brach dann das jetzt vorhandene Exanthem bei dem sonst gesunden Kinde aus. Die Efflorescenzen bedecken fast den ganzen Körper, fliefsen stellenweise zu grofsen Flächen zusammen. Es sind erhabene Schwellungen, rund oder oblong, von derber Konsistenz, meist rot, an anderen Stellen bräunlich-gelb gefärbt. Daneben finden sich auf geröteten Stellen quaddelartige Erhebungen und verschieden grofse, wasserhelle, zum Teil geplatzte Blasen. Die Tunica vaginalis ist durch Flüssigkeit ausgedehnt. Die Prüfung der Reizbarkeit der Haut ergiebt das Bestehen einer Urticaria factitia. Der Vortragende bespricht dann die Pathologie der Urticaria pigmentosa, bei der Kasuistik die Arbeiten Unnas aufser acht lassend. Die Pigmentierung erklärt sich nicht durch die von einigen Autoren gefundenen Blutungen im Papillarkörper. Wahrscheinlich befördert die Lymphvermehrung in der Haut die pigmentbildende Thätigkeit der Retezellen und der Bindegewebszellen im Corium. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verein St. Petersburger Ärzte.

Sitzung vom 31. Oktober 1895.

(*St. Petersburger med. Wochenschr.* 1895. No. 50.)

Zur Kasuistik der Menstrualexantheme berichtet von Lingen über ein 16jähriges Mädchen, das seit einem Jahre 1—2 Tage nach dem Auftreten der Menses auf den Streckseiten der Extremitäten und im Gesicht hellrote, erhabene, runde juckende Flecke bekam, die sich eine Woche lang und länger hielten. Das Exanthem, urticariaähnlich, verbreitet sich über den Körper, konfluierte allmählich. Frische Flecke hatten im Zentrum einen dunkelgefärbten Punkt. Patientin war schliefslich am ganzen Körper rot; Temperatur normal; Harn trübe, etwas blut- und eiweifshaltig. Heilung ohne weitere Verfärbung und Schuppung. Der Vortragende bringt das Exanthem mit den Menses in Verbindung und sieht es als vasomotorische Neurose an.

Über Affektionen der Haut in Zusammenhang mit der Menstruation oder Erkrankungen der Geschlechtsorgane des Weibes spricht Dobbert und berichtet über zwei Fälle von Purpura haemorrhagica, in denen die Menstruation ätiologisch von Bedeutung war.

Im ersten Falle handelt es sich um eine 27jährige, sehr nervöse Dame, bei der die Menses unter Schmerzen und erheblicher Temperatursteigerung einsetzten und gleichzeitig Hauthämorrhagien entstanden, die nach Beendigung der Menses gewöhnlich wieder schwanden. Einmal jedoch wurden die Blutungen in der Haut sehr ausgedehnt, heftige Schleimhautblutungen aus Nase, Mund, Magen, Darm gesellten sich hinzu, und es trat Exitus letalis ein.

Der zweite Fall betrifft ein 40jähriges Dienstmädchen, das wegen Peri-Parametritis, Darmstörungen und einer Periphlebitis am Unterschenkel in Behandlung stand. Unter Fieber traten die Menses ein; das Fieber schwand nach Sistieren der Blutung, es brach aber eine Urticaria aus, die den ganzen Körper bedeckte. Zu derselben gesellten sich später unter erneuter Temperatursteigerung Hautblutungen, dann heftige Schleimhautblutungen, und die Patientin erlag. Es ergab die Sektion Purpura haemorrhagica, Peri-Parametritis, Perisalpingitis, Nephritis parenchymatosa chronica, Degeneratio adiposa cordis etc. Vortragender glaubt, dafs ein von den Geschlechtsorganen verursachter kontinuierlicher Reiz eine pathologische Erregbarkeit der Vasomotoren ausgelöst haben kann.

In der Diskussion fassen die meisten Redner den Lingenschen Fall als Erythema polymorphum auf und erkennen ihn als Fall von Menstruationsexanthem an, während der ätiologische Zusammenhang der Dobbertschen Fälle mit der Menstruation bezweifelt wird. Hier handelt es sich um selbständige Erkrankungen an Purpura haemorrhagica. (Ich möchte glauben, dafs man das Entstehen von Hautblutungen nur durch Reflex kaum erklären kann. Eine einfache Angioneurose ist die Purpura doch wohl niemals. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

The Brooklyn Dermatological and Genito-Urinary Society.

30. ordentliche Versammlung.

Ein Fall von Lichen planus, vorgestellt von Dr. Frederick A. Jewett. Der Ausschlag hat seit November 1894 bestanden, ist aber jetzt im Verschwinden begriffen. Am deutlichsten entwickelt waren die Papeln an den Vorderarmen, dem Abdomen und den Beinen. Die Läsionen stellen sich als kleine Flecke dar, welche aus hellroten, konischen Papeln mit glatter, abgeplatteter Oberfläche bestehen. Anfangs bestand auch erheblicher Juckreiz.

Dr. Sherwell stellte eine **durch Favus erzeugte Alopecie** vor.

Ein Fall von gemischtem Ausschlag wurde von Dr. F. C. Raynor vorgestellt. Es handelte sich um ein seborrhoisches Ekzem der Kopfhaut, des Gesichts, der Brust, Achselhöhle und der Umgebung der Genitalien. Gleichzeitig bestand ein typischer Ausschlag von Psoriasis guttata auf den Streckseiten. Der Fall wurde als ein Beispiel von dem gleichzeitigen Bestehen der zwei Hautaffektionen demonstriert. Dr. Holsten bemerkte, dafs diese Mischformen eine Bestätigung seien für Unnas Behauptung, dafs die Psoriasis eine Weiterentwickelung des seborrhoischen Ekzems ist.

Ein Fall von nicht-parasitärer Sykosis, vorgestellt von Dr. James M. Winfield. Der Ausschlag existierte bereits seit drei Jahren und bestand aus einer Ansammlung von Pusteln auf der unteren Seite des Kinns. Die mikroskopische Untersuchung hatte weder das Trichophyton, noch irgend einen anderen Parasiten erkennen lassen.

31. ordentliche Versammlung.

Ein Fall von Dermatalgie, vorgestellt von Dr. Samuel Sherwell. Ein etwa 65jähriger Mann hatte seit ungefähr acht Tagen über intensive Schmerzen in der Kreuzgegend geklagt. Das affizierte Gebiet war von beschränkter Ausdehnung und hatte nicht mehr als ca. vier Zoll Umfang. Bei festem Drücken wurde nicht über Schmerzen geklagt, aber beim geringsten Reiz wurde der Schmerz unerträglich. Von Herpes zoster waren keine Symptome nachzuweisen.

Dr. Morton stellte einen **Fall von langsam fortschreitendem Syphilid** bei einem 40jährigen Manne vor. Der Patient hatte mit 20 Jahren einen wohlausgebildeten und unverkennbaren Schanker gehabt. Zwölf Jahre lang hatte er gar keine Symptome der Krankheit dargeboten. Vor acht Jahren hatte sich aber ein knotenförmiges Syphilid entwickelt, von welchem als Überbleibsel die Pigmentierung noch jetzt zu erkennen ist.

Ferner stellte Dr. Morton einen Fall von **Dermatitis repens** des Oberschenkels vor.

Dr. Sherwell berichtet über vier Fälle von **Syphilis insontium** (extragenitalem Schanker). Bei zwei Kranken war die Primärläsion an der Unterlippe lokalisiert, bei dem dritten auf der Zunge und beim anderen auf der Tonsille. Zwei von den Fällen waren weiblichen Geschlechts, und es war angenommen worden, dafs die Übertragung durch Küssen stattgefunden hatte. Der Ausschlag und die Drüsenschwellungen waren viel rascher eingetreten, als dies nach Schanker der Genitalien der Fall zu

sein pflegt. Der Schanker an der Tonsille stellte ein kraterförmiges Geschwür mit indurierter Basis dar. Der Grund war mit einem schmutzig-grauen Exsudat bedeckt.

Dr. Morton stellte einen Fall von **Eccema infantile** vor. Die Affektion war durch Über-Ernährung verursacht und besserte sich prompt nach einem kräftigen Abführmittel und Regelung der Diät.

32. ordentliche Versammlung.

Ein Fall von **Pagetscher Krankheit an den Lippen,** vorgestellt von Dr. James M. Winfield. Es handelte sich um einen Italiener, welcher seit vier Jahren einen ekzemartigen Ausschlag längs dem roten Saume der Unterlippe dargeboten hatte. Der Fall war vom Vortragenden während der letzten sechs Monate behandelt worden, doch war trotz aller therapeutischen Maßsregeln ein Nachlassen der Symptome nicht zu konstatieren gewesen. Der zentrale Teil fing schon an härter zu werden, und an Stelle des früheren Juckens stellten sich jetzt scharfe, lanzinierende Schmerzen ein. Das klinische Aussehen und der Verlauf zeigten so genaue Übereinstimmung mit den Erscheinungen der malignen papillären Dermatitis, daſs man wohl berechtigt sein dürfte, die Diagnose auf Pagetsche Krankheit der Lippe zu stellen.

Dr. Sherwell war der Meinung, daſs diese Auffassung des Leidens wohl die richtige sein werde; er empfahl einen gründlichen Versuch mit einer starken Resorcinlösung; sollte damit kein befriedigendes Resultat zu erzielen sein, so sei ausgiebiges Kauterisieren oder die Excision am Platze. Dr. Holsten stimmte der Diagnose auch bei, dagegen will er sich auf mildere Mittel nicht verlassen, sondern stimmt für eine sofortige schneidende Operation.

Ein Fall von reflektorischem Ekzem infolge von Verwachsung der Vorhaut, vorgestellt von Dr. Raynor. Der Patient, ein 2½ Jahre altes Kind, zeigte längs dem Verlauf des Nervus ischiadicus eine Anzahl von ekzematösen Flecken, deren Größe zwischen einem halben und zwei Zoll im Durchmesser variierte. Redner beabsichtigt, die Vorhaut zu resezieren, um den Nervenreiz zu beseitigen. Er führte Berichte über mehrere Fälle seiner Beobachtung an, bei denen auf diese Weise Heilung erzielt worden war.

Ein Fall von **Vitiligo,** vorgestellt von Dr. Morton. Die Affektion betraf eine 14jährige Mulattin. Die Pigmentatrophie war an den Beinen am stärksten entwickelt, und das linke Bein namentlich war beinahe weiſs, mit nur einigen wenigen dunklen Strichen, aus denen sich die Grenzen der sich nähernden weiſsen Flecke erkennen lieſsen. Über den übrigen Körper verstreut fanden sich einige rein weiſse Flecke in der Größe von einem Zehnzentstück (10 Pfennig) bis zu einem Silberdollar (Thaler) variierend. Bei der Diskussion erwähnte Dr. Sherwell die leukodermatischen Flecke, welche gelegentlich bei den farbigen Rassen an den Handgelenken beobachtet werden und häufig die einzigen am ganzen Körper nachzuweisenden Läsionen bilden. Dr. Napier und Morton besprachen die in der Litteratur verzeichneten Fälle von totaler Leukodermie. Dr. Holsten fragte, ob irgend jemand von der Versammlung die Wirkung des Lichtes auf diese und ähnliche Störungen geprüft hätte.

Ein Fall zur Diagnose, vorgestellt von Dr. Morton. Eine 40jährige Frau hatte ihn wegen einer ca. zollgroſsen Stelle am Hinterkopf konsultiert. Der affizierte Fleck war etwas mehr als einen Zoll weit oberhalb der Haargrenze lokalisiert und bestand aus Papeln von verschiedentlicher Größe, welche eine klebrige, zu kleinen Borken eintrocknende Flüssigkeit absonderten. An den noch intakten Papeln war eine geringe Schuppenbildung zu konstatieren. Auf dem erkrankten Gebiete waren die Haare abgebrochen und glanzlos. Das Abbrechen der Haare scheint die Folge des Reibens zu sein, wozu die Patientin durch das oftmals ganz intensive Jucken veranlaſst wurde.

Dr. Sherwell meinte, das Ausfallen der Haare sei nicht ein wirkliches Defluvium, sondern die Folge des Kratzens. Er schliefse die Diagnose Tinea tonsurans, sowie auch Folliculitis decalvans aus und glaube, dafs hier zweifelsohne eine beginnende Dermatitis papillaris capillitii vorliege. Dr. Holsten sagte, er habe einen ganz ähnlichen Fall beobachtet, doch wolle er nicht wagen, eine bestimmte Diagnose zu stellen. Dr. Winfield stimmte der Auffassung als Dermatitis papillaris capillitii bei, denn die Lokalisation, die Papelbildung, die Verdickung der Haut und die charakteristische Art des Weiterkriechens stimmten mit der von Kaposi gegebenen Beschreibung genau überein.

Ein Fall von **Pruritus auf gichtischer Grundlage**, vorgestellt von Dr. Morton. Eine 60jährige Frau war seit mehr als 20 Jahren von Rheumatismus mehr oder weniger heimgesucht worden. Vor ungefähr drei Monaten fing sie an, über einen universellen, intensiven Juckreiz zu klagen. Da nach anderen Ursachen, wie Diabetes etc., vergeblich geforscht worden war, nahm M. an, dafs es sich hier um einen gichtischen Pruritus handle.

Dr. Sherwell berichtete über einen Fall von diabetischem Pruritus, bei welchem der Genufs von Traubengelee ein Recidiv hervorgerufen hatte. Es war dieses ein handgreifliches Beispiel von Ursache und Wirkung. Dr. Holsten erachtet das Antimon als ein wichtiges Hülfsmittel bei Pruritus senilis, während Dr. Winfield glaubt, dafs man mit Jaborandi bessere Resultate erziele.

Dr. Sherwell stellte einen Fall von **geheiltem Lupus** des Ohrläppchens vor. Die Heilung war mittelst sauren Quecksilbernitrats erzielt worden und hatte nur acht Applikationen dieses Ätzmittels erfordert. Er gebe dieser Methode bei der Behandlung solcher Neubildungen den Vorzug. Zum Schlufs besprach er die Schwierigkeiten bei der Unterscheidung zwischen einem beginnenden echten Lupus und Lupus erythematodes.

33. ordentliche Versammlung.

Dr. Winfield stellte einen Fall mit folgendem Berichte vor: Bei dem 60jährigen Patienten hatten sich weder anamnestisch, noch durch die objektive Untersuchung Andeutungen von Syphilis oder Tuberkulose feststellen lassen. Etwa sechs Wochen vor der ersten Untersuchung durch den Vortragenden hatte der Kranke **am Zahnfleisch** oberhalb eines kariösen Molarzahns der rechten Seite **ein kleines Geschwür** (wie ein Krebsgeschwür) bemerkt. Der Prozefs dehnte sich rapide aus und ergriff das ganze Dach des Mundes, den weichen Gaumen und die Innenfläche der rechten Wange. Die Schleimhaut ist verdickt, stark hyperämisch und stellenweise mit einer weifslichen, schwer abzulösenden Pseudomembran bedeckt. Über Schmerzen oder Beschwerden hat der Kranke wenig zu klagen gehabt.

Dr. Sherwell fand, dafs die Affektion in mancher Beziehung Ähnlichkeit mit Syphilis aufweise, jedoch sei er mehr geneigt, zu glauben, dafs hier ein durch einen bestimmten, möglicherweise mykotischen Organismus bedingtes Leiden vorliege.

Dr. Raynor sagte, er habe ganz ähnliche Erkrankungen als Folge von Infektion mit Leptothrix sich entwickeln sehen. Dieselben seien von kariösen Zähnen ausgegangen.

Dr. Morton fragte, ob es sich hier vielleicht um Herpes handeln könne, indem er annimmt, dafs das fortbestehende Geschwür blofs das nicht zur Ausheilung gelangte Herpesbläschen sei.

Dr. Winfield erklärte, dafs er an die Möglichkeit einer parasitären Ursache allerdings gedacht habe, namentlich weil er erst kürzlich eine durch Aspergillus bedingte Affektion des Mundes beobachtet habe, welche dem in Frage stehenden Ausschlag ähnlich war.

Bei der Diskussion über **kaustische Arsenikpasten** sagte Dr. SHERWELL, dafs er sie sehr unzuverlässig in ihrer Wirkung gefunden habe. Er führte zwei Fälle von Epitheliom der Nase an. Bei dem einen hatte er Marsdens und Cosmá-Paste gebraucht. Die Wirkung war eine sehr langsame gewesen, aber über Schmerzen war wenig oder gar nicht geklagt worden. Bei dem anderen Falle hatte er sich einer der roten Pasten bedient. Die Wirkung war recht energisch gewesen, und nach zwölf Stunden war eine erhebliche Zerstörung zu konstatieren gewesen. Aus diesem Grunde sei bei der Anwendung dieser Mittel Vorsicht geboten.

Dr. MORTON teilte mit, dafs er beim Gebrauch dieser Ätzmittel ähnliche Erfahrungen gemacht habe, und er habe seitdem eine gewisse Furcht vor ihnen.

J. M. WINFIELD.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Remscheid.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Über Airol, von VEIEL-Cannstatt (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 42.) Verfasser sah in zahlreichen Fällen günstige Wirkungen von Airol (Wismuth oxyjodidgallicum). Die Schmerzhaftigkeit von Unterschenkelgeschwüren liefs nach, sie reinigten sich, die Sekretion wurde eine mäfsige; die Granulationen wurden fester, wucherten weniger; die umgebende Haut wurde nicht alteriert. Sehr gut war der Erfolg bei Unguis incarnatus, wenn Airol aufgestreut und etwas Watte eingeschoben wurde. Es trat Abschwellung ein, so dafs nach 24 Stunden der vorstehende Teil des Nagels ziemlich schmerzlos abgetragen werden konnte. Schnell heilte nach Airol die Dermatitis repens, ebenso zahlreiche Wunden. Die desinfizierende Kraft ist nicht so grofs, als diejenige des Jodoforms. Schrunden der Nasenlöcher überhäuten schnell unter einer steifen 10 %igen Airolsalbe, ebenso lupöse, luetische Geschwüre und das Ulcus molle. Auch die geschwürige Stomatitis mercurialis wurde durch Airol günstig beeinflufst. Das Airol ist deshalb, weil geruchlos, ungiftig, reizlos, sekretvermindernd, dem Jodoform oft vorzuziehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bericht über die Anwendung von Jodoformin, von Dr. TROSTORFF in Bochum i. W. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 50.) Das in der chemischen Fabrik Dr. L. C. Marquarts dargestellte Jodoformin ist ein weifses feines Pulver, das in nächster Nähe kaum den Jodoformgeruch wahrnehmen läfst. T. hat es in einem Falle von Ulcus molle, in einem Falle nach einer Circumcision, in drei Fällen von chronischer Blennorrhoe mit Erfolg angewandt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Beiträge zur Kosmetik, von H. PASCHKIS. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 48.) Verfasser bespricht in diesem ersten Beitrag zur Kosmetik die elektrolytische Entfernung der Haare und schildert die wohl allgemein in gleicher Weise geübte Technik. Er benutzt Nadelhalter mit Unterbrechungsvorrichtung in Gestalt eines niederzudrückenden Knopfes, als Nadeln die sog. Reibeahlen. Nach der Epilierung verwirft er jede Salbenanwendung, sondern legt Aqua Goulardi, Liquor Burowii oder

Acid. acet.	0,5
Acid. boric.	5,0
Spirit. vin.	100,0
Aq. fragarum (?)	50,0

auf, darüber etwas indifferenten Puder. — Die Elektrolyse nach vorausgeschickter Epilation kann er nicht empfehlen. Bezüglich der Prognose glaubt Verfasser, dafs ca. ⅓ der Haare wieder wächst, bei konsequentem Verfahren aber schliefslich eine dauernde Beseitigung der Haare zu erzielen ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Über die Entstehung der Carcinome, von Notthafft. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 54. Heft 6.) Verfasser wendet sich gegen die Ansicht Ribberts, dafs die Entwickelung eines Carcinoms durch lebhafte Proliferationsprozesse im Bindegewebe eingeleitet werde; gleichzeitig erfolge eine Verdickung des Epithels, und nun wüchsen die Bindegewebszellen in die Epithelzapfen hinein, drängte sie auseinander und isolierte sie; diese isolierten Zellen bildeten dann die Krebsnester. Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlufs, dafs diese Entstehungsart für die *meisten* Carcinome unwahrscheinlich sei; die letzte Ursache des Krebses sei noch unbekannt, ebenso, ob Carcinome ohne vorhergehende Reizung des betreffenden Gebietes sich entwickeln können. Sicher können sich Carcinome durch die verschiedensten Reize entwickeln, darunter auch durch den Entzündungsreiz.

F. Hahn-Bremen.

Ist Krebs erblich? von R. Bodilly. (*Brit. med. Journ.* 6. Juli 1895.) Einen Beitrag zur Beantwortung der obigen Frage liefert der Verfasser in der Mitteilung eines Falles mit einer Geschwulst an der linken Seite des Halses. Von besonderem Interesse sind die Angaben der Patientin, nach welchen die Grofsmutter im Alter von 99 Jahren an Krebs der Zunge gestorben ist. Die Grofsmutter hinterliefs neun Kinder, von welchen ein Sohn im Alter von 83 Jahren an Kehlkopfkrebs, ein anderer, 82 Jahre alt, an Krebs des Gesichtes starb. Ein dritter ist 83 Jahre alt, noch am Leben, hat vor Jahren an Darmtumoren gelitten, die, wie es scheint, krebsiger Natur (!) gewesen sind. Einem Bruder wurde ein Tumor am Halse operiert. Von Interesse ist hier noch das hohe Alter, in welchem die Krebsleidenden gestorben sind.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Paraffinkrebs, von G. Buchanan-Glasgow. (*Glasgow med. Journ.* Februar 1895.) Der 52jährige Patient hat ein grofses Gewächs an der Innenseite des linken Knöchels und ein kleineres in der Ellenbogenbeuge.

Vor 2½ Jahren zeigte sich zuerst an der Innenfläche des linken Knöchels eine kleine Schwellung, die der Patient für eine Warze ansah; sie wurde aber nach und nach gröfser und verursachte ziemlich grofse Schmerzen. Vor 9—10 Monaten ist eine ähnliche Geschwulst am linken Arm aufgetreten, die jedoch keinerlei Schmerzen bereitet.

Der Patient giebt an, dafs er seit 25 Jahren in einem Ölwerk arbeite und viel in trockenem Paraffin stehen müsse, wodurch die Haut stark gereizt werde und oft Pusteln und Wunden zeige.

Bei der Untersuchung sah man ein grofses, warziges, etwas abgerundetes Gewächs am Malleolus internus. Die Haut war ulceriert, und die Ulcerationsfläche sonderte eine stark übelriechende Flüssigkeit ab.

Die Oberschenkeldrüsen sind vergröfsert, aber nicht hart.

Die mikroskopische Untersuchung beider Gewächse ergab die typische Struktur von Epitheliomen, in ihnen gröfsere, fettige Degeneration. Die Knoten auf der be-

nachbarten Haut zeigten die Struktur von Warzen. Die oberen Epidermisschichten sind stark verdickt, die interpapillären Retezapfen aufserordentlich vergröfsert.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von disseminiertem Sarkom mit Hämorrhagien in der Haut, von C. Railton-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 18. Mai 1894.) Das Kind war 12 Monate alt, als es ins Hospital gebracht wurde. Nach den Angaben der gesunden Eltern war es normal geboren. Vor einigen Monaten zeigten sich an verschiedenen Stellen der Stirn Erhabenheiten, die langsam, aber stetig wuchsen, jedoch keine Schmerzen verursachten. Bei der Aufnahme des Kindes wurden auf der linken Seite drei kleinere Gewächse, auf der rechten Seite der Stirn ein nahezu hühnereigrofses bemerkt.

Das Allgemeinbefinden des Kindes hatte sich mit der Zunahme der Tumoren aufserordentlich verschlechtert. Es hatte das Aussehen einer hochgradigen Anämie, das Gesicht war wachsfarben, die Lippen und die Conjunctivae waren blutleer. Aufserdem sah man Spuren von Hämorrhagien in der Haut der Stirn. Das Kind schien keine Schmerzen zu haben, es lag apathisch da.

Was die Beschaffenheit der Tumoren betrifft, so fühlten sich dieselben weich und fluktuierend an. Bei Anstechen mit einer Nadel wurde etwas schokoladenfarbiges, dickflüssiges Blut entleert. Zehn Tage nach seiner Aufnahme starb das Kind unter starkem Marasmus. Noch in den letzten Tagen hatten sich neue Tumoren gebildet. Lähmungserscheinungen waren nicht vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung der Gewächse ergab, dafs dieselben sich aus kleinen runden Zellen zusammensetzten und augenscheinlich sarkomatöser Natur waren. *C. Berliner-Aachen.*

Die Blastomyceten in den Sarkomen, von D. B. Roncali. (*Centralbl. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1895. No. 14/15.) In fünf Sarkomen in verschiedenen Regionen und Geweben entstanden, hat Verfasser parasitäre Formen gefunden, wie sie Sanfelice beschrieben und der Verfasser selbst früher in Adenocarcinomen des Ovariums nachgewiesen. Diese als Blastomyceten gedeuteten Parasiten färben sich spezifisch nach der Methode von Sanfelice, widerstehen Säuren und Alkalien. Dieselben finden sich innerhalb und aufserhalb der Zellen, auch ausnahmsweise in den Kernen, sie vervielfältigen sich durch Knospung und können in verschiedenen Alterstadien aufgefunden werden, mit oder ohne Membran, mit viel, wenig oder gar keinem Protoplasma. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorstellung eines Patienten mit multiplen, kutanen Sarkomen. (*Det kjöbenh. med. Selsk's Forh. i 1894—95.*) Prof. Haslund stellte einen 50jährigen Mann mit dieser Krankheit vor, welche vor zwei Jahren begonnen hatte und aller Wahrscheinlichkeit nach als eine sekundäre Sarkomatose nach einem Testikelsarkom aufgefafst werden mufste, indem der eine Hoden vor etwa fünf Jahren wegen einer „chronischen Entzündung" exstirpiert worden war. Patient war seit zwei Monaten mit Arseninjektionen behandelt (noch Köbner); während der Behandlung sollen keine neuen Geschwülste aufgetreten sein, und einzelne der gröfsten Geschwülste waren in der Mitte gedellt als Zeichen einer retrograden Metamorphose.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Ein Rundzellensarkom der Zunge, von Dunham. (*Americ. Journ. of the med. sciences.* Septbr. 1895.) Verfasser entfernte einen kleinapfelgrofsen Tumor von der Zunge eines 61jährigen Mannes, der in acht Monaten entstanden war. Mikroskopisch zeigte sich keine Spur von epithelialer Wucherung, der Tumor zeigte retikulären Bau und meist grofse Rundzellen. *F. Hahn-Bremen.*

Denis beobachtete auf der rechten Seite der Unterlippe einer Frau, an der Übergangsstelle der Haut in die Schleimhaut, ein ca. 5 cm langes **Cornu cutaneum.**

Die Anfänge eines ähnlichen Gebildes zeigten sich auf dem Dorsum der rechten Hand. (*Lyon. méd.* 1895. No. 34.) *C. Müller-Bern.*

Ein Fall von Akromegalie mit Wernickes Differentialsymptom, von J. L. Thomas. Die 18jährige Patientin war bis vor sechs Jahren ein starkes, gesundes, intelligentes Mädchen. Vor vier Jahren hatte sie heftige Schmerzen in beiden Schläfen und begann von jener Zeit an Anzeichen von Vergeßlichkeit, Dummheit, Geistesschwäche zu zeigen. Sie litt in der Folgezeit oft an Schmerzen in der Temporal-, wie Occipitalgegend, an Mattigkeit und Lebensüberdruß. Vor 3½ Jahren verlor sie das Augenlicht. Gleichzeitig waren ihre Hände in auffallender Weise größer geworden. Gegenwärtig sieht man Hände, Füße, Unterkinn, Nase unverhältnismäßig vergrößert, ebenso die Kehlkopfknorpel. Ihre Stimme ist eine männliche. Die Patientin hat niemals menstruiert. Auch die Schilddrüse ist vergrößert. Die Untersuchung der Augen ergiebt Atrophia nervi optici, stärker auf dem rechten, als auf dem linken, bei welchem die Pupille auf Verdunkelung sich erweitert. In der letzten Zeit ist auch der Geruchssinn verloren gegangen.

Die Patientin wurde zuerst mit Arsenik und Antipyrin, später mit Kalium jodatum behandelt, welches letztere am besten gethan hat. Da jedoch die intensiven Kopfschmerzen immer wiederkehren, hat Verfasser die Trepanation vorgeschlagen.

C. Berliner-Aachen.

Beitrag zur Lehre von den multiplen und symmetrischen Lipomen, von Erwin Payr. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 42.) Grosch hat über die Lokalisation der Lipome die Ansicht, daß die Disposition zur Lipombildung umgekehrt proportional dem Drüsenreichtum der Haut ist. Drüsenreich sind: Kopf, die unteren Abschnitte der Extremitäten, besonders Hohlhand und Fußsohle, alle Gelenkbeugen, die medialen Extremitätenflächen, der Mons veneris, das Perineum, die Afterspalte. Drüsenarm sind: Rücken, Schultern, die oberen Abschnitte der Extremitäten, besonders die Oberarme.

Köttnitz bekämpft Grosch und teilt die Lipome ein in mit nervösen oder rheumatischen Affektionen einhergehende und in symptomlos verlaufende; erstere bezeichnete Alsberg auf Grund mikroskopischer Befunde als Neurolipome. Das symmetrische Auftreten wird vielfach auf trophoneurotische Vorgänge zurückgeführt. Der vom Verfasser berichtete Fall betrifft einen abgemagerten, neurasthenischen Patienten, bei dem 58 Lipome bestanden, die sich mit Schmerzgefühl und sonstigen nervösen Erscheinungen entwickelt hatten. Schulter, Nacken, oberer Teil des Rückens, Hals, sonst Lieblingsstellen der Lipome, sind ganz frei. Die Tumoren sind höchstens wallnußgroß, auf Druck schmerzhaft, ziemlich fest mit der Haut verwachsen und symmetrisch angeordnet, oft in ihrer Anordnung dem Nervenverlaufe entsprechend. Verfasser faßt die Lipombildung in diesem Falle als auf neuropathischer Basis beruhend auf. Mit der Theorie von Grosch läßt er sich nicht in Einklang bringen. Trotzdem hält er dieselbe nicht für verfehlt, sondern nur für zu verallgemeinert. Im ganzen ist das Verhältnis der Fettablagerung zur Ausscheidung durch die Drüsen sehr wahrscheinlich. Jedenfalls ist die Atiologie keine einheitliche.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Partielle chronische Melanodermie infolge von Malaria, von Moscato. (*Il Morgagni.* 1895. No. 11.) Die schokoladenfarbige Pigmentation war bei dem vierjährigen, an chronischer Malaria leidenden Kinde verbreitet über die unteren Extremitäten mit Einschluß der Glutealgegend, des Scrotums und Penis, ferner an den Vorderarmen. An der inneren und vorderen Fläche der Oberschenkel war die

Verfärbung netzförmig, an den übrigen Stellen in mehr oder weniger breiten Flächen verteilt. Histologisch lagerte das Pigment in den Gefäfsscheiden und dem Rete.

C. Müller-Bern.

Orlandi beschreibt **einige Fälle von Pigmentanomalien der Haut** und knüpft daran Bemerkungen über die Pathogenese dieser Affektionen. Er ist der Ansicht, dafs es sich dabei um Störungen im Gebiete des Sympathicus handelt, und zwar nicht etwa des ganzen Sympathicusgebietes, welcher die Haut innerviert (da diese keine Atrophie aufweist), sondern lediglich der Fasern, welche der Pigmentregulierung vorstehen. Da es sich ferner bei der Vitiligo um einen unheilbaren, beim Chloasma hingegen um einen zuweilen selbst spontan heilbaren Prozefs handelt, fragt sich Verfasser, ob es sich im ersteren Falle nicht um eine Zerstörung, im letzteren um eine Reizung der betreffenden Sympathicusfasern handle. (*Rif. med.* 1895. No. 269.) *C. Müller-Bern.*

Vorlesungen über die Nebennierenkörper, von Rolleston-Cambridge. (*Brit. med. Journ.* 30. März 1895.) Brown-Séquard untersuchte, angeregt durch die Pathologie der Addisonschen Krankheit, an Hunden, Katzen, Kaninchen die Physiologie der Nebennierenkapsel und zog aus einer Reihe von 60 Experimenten folgende Schlüsse: 1. Die Nebennierenkapseln sind absolut wesentlich für das Leben; 2. die Unterdrückung ihrer Funktionen führt rapider zum Tode, als die Unterdrückung der Harnsekretion; 3. die Funktion der Nebennierenkörper besteht in der Modifikation oder der Zerstörung einer Substanz, welche die Eigenschaft hat, sich selbst in Pigment umzubilden. Wenn die Nebennierenkapseln entfernt oder zerstört werden, sammelt sich das Pigment im Blute an, ohne dafs es jedoch zu einer Pigmentation der Haut kommt; 4. bei einem Tiere, dessen Nebennierenkapseln entfernt sind, wird das Blut giftig und führt, wenn anderen Tieren derselben Art eingespritzt, oft den Tod desselben herbei.

Bei der Addisonschen Krankheit findet man folgende Veränderungen in den Nebennierenkörpern vor:

1. Fibröse, zumeist verkäste Stellen, welche auf Tuberkulose zurückzuführen sind. Dieser Zustand ist der weitaus am häufigsten auftretende.
2. Einfache Atrophie.
3. Chronische interstitielle Entzündung, welche zur Atrophie führt.
4. Bösartige Tumoren, die die Kapseln durchdringen und eine Kompression auf die Vena suprarenalis ausüben.
5. In die Nebennierenkörper extravasiertes Blut. *C. Berliner-Aachen.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Weitere Fälle von mit Unguentum hydrargyri rubrum erfolgreich behandeltem Ulcus cruris, von Langes. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 45.) Es wird über neun Fälle von teilweise sehr alten Fufsgeschwüren berichtet, in welchen Unguentum hydrargyri rubrum in der Stärke von 1:25 Vaselin bis 1:2 Vaselin oder auch eine Salbe mit 4%igem Hydrargyrum oxydatum via humida paratum günstig wirkten. Schmerz und Eiterung verringerten sich schnell, bald folgte Benarbung. Nebenerscheinungen hat Verfasser selbst bei $^3/_4$jährigem Gebrauche nicht auftreten sehen. Schliefslich bemerkt er, dafs die einfach gewobenen Trikotbinden den Schlauchbinden vorgezogen wurden, weil letztere durch Faltenbildung unter der Fufssohle leicht Beschwerden hervorriefen. *Neuhaus-München.*

Neue Behandlungsmethode der Varicen mit Injektionen einer Jod-Tanninlösung (1 Teil Jod auf 9 Tannin in 200,0 Wasser von 18° C.). Delore behauptet

dafs diese von Socquet und Guillermond bereits 1854 vorgeschlagene (und demnach nicht neue) Methode weit bessere Resultate liefert, als die Exstirpation oder die Ligatur. Vor der Injektion wird das Glied an der Wurzel mittelst Gummischlauch unterbunden und während einer Stunde die aufrechte Stellung innegehalten. Hierauf wird eine kurze, nicht zu enge Kanüle in den zu operierenden Knoten eingesteckt und gewartet, bis das Blut herauszutreten beginnt, dann erst wird die Spritze angesetzt und von der Flüssigkeit 7—8 Tropfen injiziert, der Patient horizontal gelegt, die Ligatur abgenommen. Die Procedur wird in Zeiträumen von mehreren Tagen nach Bedürfnis wiederholt. (*Presse méd. belge.* 1895. No. 4.) *C. Müller-Bern.*

Gegen **Hämorrhoiden** empfiehlt Freudenberg-Dresden (*Monatsschr. f. Gynäk. u. Geburtsh.* Februar 1895) das Zymoidin, ein bräunliches Pulver und Produkt der Einwirkung von Säuren auf verschiedene bei Blennorrhoe wirksamen Stoffe: Zinkoxyd, Wismutoxyd, Aluminiumoxyd, Jod, Natriumhydrat, Salz-, Schwefel-, Bor-, Karbol-, Gallus-, Salicylsäure, Chininum muriatum, Benzol, Naphtol, Pyrol, Äthylalkohol. Da das Zymoidin sehr hygroskopisch ist, so kommt es im Handel (zu beziehen von Gehe & Co., Dresden) nicht rein, sondern gemengt mit Talk oder Lanolin (1 : 4) vor. Speziell bei Hämorrhoiden wird, angeblich mit glänzendem Erfolge, um und in den After eine Salbe eingerieben, sie besteht aus:

Unguent. zymoidini (*Zymoid.* 1, *Lanolin* 4)	10
Lanolin. puriss. Liebreich	60
Vaselin.	10

Mf. ungt.

Andere haben das Zymoidin bei verschiedenen Hautaffektionen empfohlen.
C. Müller-Bern.

Zur Behandlung der Hämorrhoiden und Analfissuren, von Fedor Schmey. (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 23.) Gegen Hämorrhoiden, Analfissuren und ihre Folgezustände empfiehlt der Verfasser Pinselungen mit 2%igem Argentum nitricum-Lösung, die täglich einmal wiederholt werden. Dieselben sind schmerzlos und sollen schnellen Erfolg haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beiträge zur Pathogenese der Vitiligo und zur Histogenese der Hautpigmentierung, von Serg. Mare. (*Virch. Arch.* 136. Band. 1894.) Ein Fall von Vitiligo migrans bei einem hereditär nicht belasteten 22jährigen Menschen gab dem Verfasser Veranlassung zu genauerer mikroskopischer Untersuchung. Die Resultate derselben sind: Die Haut der Vitiligostellen ist atrophisch, worauf die Verdünnung der Malpighischen Schicht, die Verengerung der Kapillaren, die Atrophie der markhaltigen Nerven, die volle Abwesenheit der Chromatophoren und deshalb des Pigments, endlich die abnorm grofse Zahl der Mastzellen deuten. Letztere betrachtet er als Folge des degenerativen Zustandes der Haut. Es handelt sich also bei der Vitiligo migrans um eine Hautatrophie, nicht nur eine Pigmentatrophie. Die Hautatrophie ist wahrscheinlich angio- oder trophoneurotischen Ursprungs. Der Einfluſs des Nervensystems auf die Pigmentbildung gilt Verfasser als festgestellt. Ein Aufhören der Pigmentzufuhr durch die Chromatophoren ist nach seiner Anschauung die Ursache des Pigmentschwundes. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Myxödem, behandelt mit Thyreoidextrakt, von M. Edler-Walls. (*The Brit. med. Journ.* 30. März 1895.) Die 45jährige Patientin klagt über Schwellung des ganzen Körpers und Atemnot. Die Krankheit begann vor 11 Jahren nach einer **Erkältung** und Durchnässung während der Menstruation. Das Gesicht ist blafs, **wachsartig**; die Lippen sind geschwollen und durchscheinend; die Zunge erscheint

für den Mund zu groſs und ist im ganzen geschwollen. Die Haut ist trocken und rauh, das Haar sehr spärlich. Seit 11 Jahren hat sie keine Menstruation mehr gehabt. Ihre Sprache war langsam, ihr Gedächtnis sehr schwach.

Unter Thyreoidtabletten ist das Ödem vollständig verschwunden, das Gedächtnis ist zurückgekehrt, die Sprache deutlich, die Menstruation regelmäſsig.

C. Berliner-Aachen.

Castellino und Tonarelli geben (*Il Morgagni.* 1895. No. 9) eine sehr ausführliche Beschreibung der **Morvanschen Krankheit** und berücksichtigen darin auch kurz die Veränderungen an der Haut: Panaritium analgeticum, Deformationen der Nägel, Verdickung der Haut an den Handrücken und Phlyktaenenbildungen, violette und livide Verfärbung der Hände, Hyperidrosis, die sich bis über die Arme, ja bis auf den Thorax ausdehnen kann und mit Herabsetzung der Temperatur verbunden ist.

C. Müller-Bern.

Beitrag zur Therapie des Lupus erythematodes discoides, von E. Vollmer-Bad Kreuznach (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 38.) Verfasser wurde Mitte Mai von einem Herrn konsultiert wegen eines ausgedehnten Ausschlages auf Nase und Wangen, der leicht durch seine ausgesprochen schmetterlingsartige Gestalt, durch die zahlreichen atrophischen, zentralen Stellen, durch reichliche Auflagerung von weiſslich-gelben Schüppchen als Lupus erythematodes zu erkennen war, und zwar als jene Form der Krankheit, die zuerst von Kaposi als Lupus erythematodes discoides angesprochen worden ist. Der Patient litt aufserdem an Psoriasis. Gegen die Psoriasis wandte Vollmer 10 %ige Salicyllanolinsalbe, Kreuznacher Mutterlaugebäder und subkutane Injektionen von Natr. arsenicosum an. Was den Lupus anbetrifft, so wurde der geschwürige Zerfall des harten Gaumens zuerst mit dem Paquelin in Angriff genommen. Als sich der erste Schorf abgestoſsen hatte, wurde mit 80 %iger Milchsäure jeden Tag die Stelle gepinselt, dabei trat in 3 Wochen Heilung ein. Gegen den Lupus wandte er die Lassarsche Schälpasta und den Unnaschen Quecksilberpflastermull mit Erfolg an.

L. Hoffmann-Berlin.

Thyreoidextrakt bei universeller Alopecie, von H. Mackenzie. (*The Brit. med. Journ.* 20. Juli 1895.) Während das Mittel bei Kahlheit infolge von Myxödem gute Dienste leistete, war es gegen die universelle oder partielle Alopecie aus anderen Ursachen vollständig wirkungslos. Verfasser warnt vor zu schnellen Empfehlungen des Mittels seitens der Ärzte, um der Reklame der Fabriken und Verkäufer nicht Vorschub zu leisten und dem Publikum trügerische Hoffnungen und unnütze Ausgaben zu machen.

C. Berliner-Aachen.

Thyreoidextrakt bei universeller Alopecie, von H. R. Beevor. (*The Brit. med. Journ.* 13. Juli 1895.) Das Mittel wurde einem Patienten verschrieben, dessen Vater ebenfalls an Alopecie gelitten hatte. Vor vier Monaten begannen ihm an allen behaarten Stellen die Haare auszufallen. Durch Thyreoidtabletten à 5 Grains, dreimal täglich, konnte der Haarausfall aufgehalten werden. *C. Berliner-Aachen.*

Über symmetrische Gangrän der Extremitäten (Raynaudsche Krankheit), von Castellino und Cardi. (*Il Morgagni.* 1895. No. 10 und 11.) An der Hand von zwei in klinischer und histologischer Beziehung genau untersuchten Fällen geben die Verfasser eine sehr ausführliche Beschreibung der Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose, Pathogenese, pathologischen Anatomie und Therapie der genannten Affektion.

C. Müller-Bern.

Ein Fall von Spontangangrän auf Grund einer Gefäfserkrankung, von Carl Sternberg. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 37.) Ein 31jähriger Mann,

der seit Jahren an, besonders bei Ruhelage sehr merkbaren Parästhesien, später an Schmerzanfällen in den Beinen litt und leicht ermüdete, bekam zunächst Gangrän des linken Fufses unter Zunahme der Schmerzen. Der Unterschenkel wurde amputiert. Es bildeten sich dann kleine weifse Stellen am linken Fufs und am Zeigefinger der linken Hand, die zu umschriebener Gangrän führten. Die rechte Hand fühlt sich viel wärmer an, an dieser Seite ist der Radialpuls deutlich, der links kaum fühlbar ist. Diabetes, Lues, Potus waren nicht vorhanden. Es konnte Syringomyelie, Maladie de Morvan, Raynaudsche Krankheit ausgeschlossen worden. Es blieb nur die Annahme einer Endarteriitis hyperplastica. Nach Amputation des rechten Unterschenkels, die wegen zunehmender Gangrän schliefslich ausgeführt werden mufste, konnte denn auch diese Annahme bestätigt werden. Die Muscularis der Gefäfse erwies sich als stark hypertrophiert. Es liegt hier also ein ähnlicher Fall von Spontangangrän vor wie ihn Winiwarter beschrieben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen Fall von **Hautgangrän hysterischen Ursprungs** bei einem 20jährigen Burschen berichtet Veuillot. (*Nouv. iconogr. de la Salpêtrière.* 1895. No. 5.) Die ca. 6 cm im Durchmesser aufweisende gangränöse Stelle safs an der unteren äufseren Fläche des linken Oberschenkels. In der Umgebung der gangränösen Partie war die Haut ödematös und safsen einzelne Papeln. Vorausgegangen waren: ein Typhus, Syphilis und ein schweres Trauma (Sturz vom dritten Stockwerke). Deutliche hysterische Stigmata. Rein psychische Behandlung; Heilung; Recidiv.

C. Müller-Bern.

G. Tánago beschreibt **zwei Fälle von Trichorrhexis capillitii** bei Mitgliedern derselben Familie (Mutter und Tochter), die sich durch Benutzung eines infizierten Kammes infiziert hatten. In den Haaren fand Verfasser kurze, stellenweise gruppierte Bacillen, die er mit den von Hodara beschriebenen identifiziert. Er ist der Ansicht, dafs die Trichorrhexis capilitii eine von der Trichorrhexis nodosa barbae verschiedene Affektion ist. Er drückt den Wunsch aus, die Ärzte möchten eine gemeinsame Resolution fassen und die Haarschneider auf die Gefahren aufmerksam machen, welche mit einer mangelhaften Reinlichkeit in der Handhabung ihrer Scheren, Kämme etc. vorhanden sind. (*Revista clin.* 1895. No. 15.) *C. Müller-Bern.*

Idioneurosen.

Pruritus ani, erfolgreich mit Unguentum conii behandelt, von G. Bidie. (*Brit. med. Journ.* 24. August 1895.) Die Affektion begann bei dem 16jährigen Mädchen mit Eintritt der Menstruation, war des Nachts im warmen Bett schlimmer und zeitweilig so schmerzhaft, dafs die Patientin nicht schlafen konnte. Es bestand oft starke Stuhlverstopfung. Die Besichtigung des Afters ergab keine Risse, Rhagaden oder Ekzem, so dafs man die Ursache des Leidens wohl im weifsen Fluís oder in Ovarialstörungen suchen mufste.

Innerlich wurden Bromkalium, äufserlich Waschungen mit weichem Wasser und darauffolgende Applikation von Unguentum conii verordnet. Das Resultat war sehr günstig. Am dritten Tage nach Beginn der lokalen Therapie hatte das Jucken gänzlich aufgehört. *C. Berliner-Aachen.*

Gegen **Pruritus scrotalis,** diese äufserst hartnäckige und lästige, öfters folgenschwere Affektion empfiehlt Brocq (*Presse méd.* 1. Juli 1895) folgende Behandlung: Von einer Lösung aus Phenol 20, Glycerin 75, Alkohol 25, Wasser 300 wird ein Teil mit dem vierfachen Quantum heifsen Wassers vermischt. In diese Mischung kommt eine mehrfach zusammengelegte Gazekompresse, in welche das Scrotum eingewickelt wird und welche durch ein Gummisuspensorium festgehalten wird. Vor

dem fortgesetzten innerlichen Gebrauche von Antipyrin, Chloral etc. ist zu warnen. Besser wirken, gleichzeitig mit obigen Einwickelungen, Hydrotherapie, Baldrianpräparate (besonders das Ammonium valerianicum), oder auch Pillen aus: Phenol 0,05, Extractum valerianae 0,10, pulvis valerianae 0,20 (pro pilula). Zu vermeiden sind reizende Substanzen, wie Kaffee, Thee, Tabak, Alkohol, zu empfehlen Milch, Gemüse, gekochte Früchte, Braten; Schonung des Nervensystems. *C. Müller-Bern.*

Sekretionsanomalien.

Beitrag zur Behandlung der Hyperhidrosis, von L. Heubner. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 44.) Nach einer Übersicht der antihidrotischen internen Medikamente bespricht Verfasser die extrem angewendeten und teilt sie ein in solche, die mechanisch wirken, in solche, die vorwiegend Desinfektions- und Desodorierungsmittel sind, in anorganische oder organische Säuren, Chloral und gechlorte Äther. Alle werden einer Besprechung unterzogen:

Mechanisch wirken: Unguentum diachyli Hebrae, 10%ige alkoholische Höllensteinlösung, die die Oberhaut entfernen, die hygienischen Schweifssohlen, bestehend aus einer doppelten Lage Baumwollstoff mit einer Zwischenschicht von kieselsaurem Natron.

Desinfizierende Mittel sind: Alkohol, Karbolsäure, Sublimat, essigsaure Thonerde, übermangansaures Kalium, Holzteer, Naphtol, Salicylsäure, Wismut. Die schweifsmindernde Wirkung der Salicylsäure bei äufserer Anwendung ist wohl eine reflektorische, ebenso wie bei vielen anderen organischen und anorganischen Säuren, vor allem Ameisensäure und Essigsäure. Die Chromsäure ist gefährlich wegen der Giftwirkung und führt auch bei vorhandenen Läsionen leicht zu tiefen Geschwüren. Ähnlich der Chromsäure wirkt Liq. ferr. sesquichlor.

Liq. ferr. sesquichlor.	30,0	*Liq. ferr. sesquichlor.*	50,0
Glycerin	10,0	*Glycerin*	30,0
Ol. Bergamott.	20,0	*Alkohol u. indifferente Öle*	20,0
(*Legoux.*)		(*Antihidroticum.*)	

Die Weinsäure ist nützlich, besonders bei Anwendung mittelst Zerstäubers; jedoch ist eine 10%ige alkoholische Lösung schon bei zarter Haut sehr empfindlich. Das Schweifsreduktionsmittel von Hoffmann, ein graues Pulver, enthält 94% Weinsäure. Der Brandausche Liquor antihidrorrhoicus enthält gechlorte Äthylarten; er enthält vornehmlich rote Salzsäure (25%), Alkohol (25%), etwas Chloral, 1% Glycerin und Spuren von Ammoniak und wird auf komplizierte Weise chemisch dargestellt, ähnlich wie Chloral. Letzteres hat sich in 5%iger alkoholischer Lösung als ein sehr geeignetes Mittel erwiesen, wahrscheinlich, indem es mit dem Schweifse sich zersetzt und dabei Salzsäure, Trichloressigsäure, Ameisensäure bildet. Das Noffkesche „Normalantihidrorrhin" enthält: Borsalicyläther 10%, Chloraläthyl 5% und 85% Rosenspiritus.

Der Verfasser benuzt eine alkoholische Lösung von Perubalsam (1%), Acid. formicicum (5%), Chloralhydrat (5%), dem er in hartnäckigen Fällen 1% Trichloressigsäure zusetzt. Bei allgemeinen Schweifsen genügen auch oft schon Bestäubungen mit den alkoholischen Lösungen von Perubalsam oder Ameisensäure ohne weitere Zusätze. Verfasser hat gute Erfolge von diesen Mitteln gesehen und empfiehlt sie warm. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Haematidrosis im Verein mit Chromidrosis, von J. Dyer. (*Med. News.* 22. Juni 1895.) Bei einem 26jährigen Manne, Masseur in einem türkischen Bade, bemerkte einer seiner Kollegen, dafs er, gerade nach Ausführung einer Ab-

reibung, zwischen den Schulterblättern „Blut schwitze", und wischte die rote Flüssigkeit mit einem Handtuche ab. Dieses Schwitzen dauerte noch eine volle halbe Stunde an, und die Haut war etwa eine Stunde hinterher noch gerötet. Bei der Konsultation wurde ein durchaus negativer Befund konstatiert. Auch ätiologisch wurde nichts festgestellt, aufser dafs der Vater des Patienten in seiner Jugend ähnliche Attacken gehabt hatte. Hämophilie bestand jedoch nicht. Etwa 14 Tage später beobachtete D. selbst eine Attacke. Diesmal war die Affektion am rechten Knie und Unterschenkel lokalisiert, war aber nicht von Schwitzen begleitet. Ein ungefähr dreieckiges Gebiet der Haut zeigte eine intensiv scharlachrote Färbung, als ob an dieser Stelle die Epidermis gänzlich abgelöst wäre. Nach drei bis vier Stunden sah die Haut wieder normal aus. Bei dem nächsten Anfall, neun Tage später, wurden etwa 60 ccm einer wie rote Tinte aussehenden Flüssigkeit von dem Rücken des Patienten abgewischt. Bei dieser Gelegenheit hatte Patient zum ersten Male über subjektive Beschwerden, Schmerzen in den Gelenken und Mattigkeit zu klagen. Die Flüssigkeit enthielt keine Blutkörperchen, sondern nur zerstörte Epithelzellen und rotgefärbte Baumwollefasern. Es handelte sich also um eine wirkliche Chromidrose.

Simulation hält D. für sicher ausgeschlossen. Patient hat seitdem eine andere Beschäftigung ergriffen, und in den letzten zwei Monaten ist ein weiterer Anfall nicht eingetreten. *Philippi-Remscheid.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Dermatobia noxialis (Cuterebra noxialis, Goudot), von A. Breda. (*Rivista veneta di sc. med.* Bd. 22.) Dieses Insekt ist in den Tropen sehr verbreitet und deponiert auf die Haut des Menschen ihre Larven, die zu multiplen Phlegmonen, furunkelartigen und selbst gangränösen Entzündungen führen. Verfasser teilt die ausführliche Krankengeschichte eines nach Brasilien emigrierten Italieners mit, welcher an der genannten Affektion litt. *C. Müller-Bern.*

Baudoin berichtet (*Progrès méd.* 1895. No. 39, 40) über **vier Fälle von Phthiriasis der Augenbrauen.** Als Behandlung empfiehlt er Waschungen mit 1‰igen Sublimatlösungen, statt Einreibungen mit grauer Salbe. *C. Müller-Bern.*

Über einen ungewöhnlichen Fall von **Pneumatocele cranii** berichtete Le Dentu in der Pariser medizinischen Akademie. Die Affektion ist überhaupt sehr selten, und kannte man bisher nur solche mit Sitz an der Stirn oder in der Gegend der Warzenfortsätze; dieselben entstehen bekanntlich durch Lufteintritt unter die Haut, im ersteren Falle aus Sinus frontalis, im letzteren aus den Cellulae mastoideae. Der Fall L. D.'s betrifft einen jungen Mann, der einen Sturz auf den Kopf erlitten und eine gewaltige Blutbeule über dem Os parietale davongetragen hatte; der Knochen selbst war eingedrückt worden. Der Bluterguſs war bereits auf dem Wege, vollständiger Resorption entgegenzugehen, als, beim Schneuzen, über dem Knocheneindrucke plötzlich ein Tumor entstand, als dessen Inhalt sich Luft konstatieren liefs, welche mit dem Schädelinneren kommunizierte. Es wurde nun angenommen, dafs die innere Wandung des Sinus frontalis frakturiert war und der Luft Eingang in die Schädelhöhle und von da durch das frakturierte Os parietale unter die Haut verschafft hatte. Bei der Eröffnung des Schädels an dieser letzteren Stelle wurde ein in Eiterung übergegangener encephalischer Herd entdeckt, welcher entsprechend behandelt wurde. (*Presse méd. belge.* 1895. No. 18.) *C. Müller-Bern.*

Tättowierung, gefolgt von akutem Rheumatismus, von L. D. Williams. (*Brit. med. Journ.* 29. Juni 1895.) Der 17jährige Soldat wurde am linken Vorderarm

in ausgedehnter Weise tättowiert. Nach drei Tagen klagte er über Schmerzen, Schwellung und Spannung im linken Handgelenk. Am vierten Tage wurde er von einer linksseitigen Pneumonie befallen. Die Lungenentzündung liefs rasch nach, und in kurzer Aufeinanderfolge wurden von der Entzündung ergriffen: die linke Schulter, das Knie, der Knöchel. Endlich machten sich auch Herzgeräusche bemerkbar, welche die rheumatische Natur des Falles zur Evidenz bewiesen. Im weiteren Verlaufe wurde auch die rechte Seite ergriffen. (Sollte das Zusammentreffen von Tättowierung und akutem Rheumatismus nicht ein zufälliges sein? Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Mifsbildungen.

Operative Beseitigung von Feuermälern, von A. F. Jonas. (*Med. News.* 1894. No. 17.) Bei einer 24jährigen Patientin mit einem kongenitalen Naevus angiomatosus, bei dem die verschiedenen sonst üblichen Mittel versagt hatten, erzielte Verfasser einen schönen Erfolg durch Abtragen der betreffenden Hautteile mit dem Messer und sofortiges Bedecken der Wunde mit Thierschschen Epidermislappen von gesunder Haut. Da der Naevus sehr grofs war, wurde die Operation in drei Absätzen ausgeführt. Besondere Schwierigkeiten bot die Behandlung der Umgebung des Auges. Trotzdem Verfasser nur über diesen einen Fall zu berichten hat, empfiehlt er wegen des guten Resultates die Methode dringend zur Nachprüfung, namentlich weil alle anderen Methoden (die er der Reihe nach anführt) bei den hochgradigen Fällen völlig im Stiche lassen. *Philippi-Nieheim.*

Naevus und Melanosis, von Jonathan Hutchinson. (*Arch. of Surg.* 1893. S. 123.) Man soll, fordert Hutchinson, jedes Muttermal, sowie es zu wachsen anfängt, ausgiebig und gründlich mit dem Messer entfernen. Er berichtet über verschiedene Fälle, in denen dieses, sehr zum Schaden der Patienten, nicht geschehen war; denn alsbald kam es zur Lymphdrüsenanschwellung und zur Entwickelung von melanotischen Sarkomen an verschiedenen Körperteilen, denen die Patienten sehr bald erlagen.
Türkheim-Hamburg.

Ein Fall von sarkomatös gewordenem Naevus, von G. Buchanan-Glasgow. (*The Glasgow med. Journ.* Februar 1895.) Der 45jährige Patient hat auf dem Vorderarm eine Geschwulst, die zwar schon seit seiner frühesten Kindheit besteht, jedoch in der letzten Zeit rasch gewachsen ist.

Erbliche Belastung liegt nicht vor. Im Alter von 10 Jahren war der Tumor etwa erbsengrofs und konnte auf Druck momentan zum Verschwinden gebracht werden. Als der Patient 21 Jahre alt war, war das Gewächs nur wenig gröfser, aber von dieser Zeit an wuchs es stetig und nahm in den letzten 4—5 Jahren rapide zu. Der Patient giebt ferner an, sehr viel an Körpergewicht verloren zu haben.

Die erste Besichtigung ergab an der Vorderfläche des linken Vorderarmes, etwas oberhalb der Mitte, einen abgerundeten Tumor von der Gröfse, Farbe und Konsistenz einer schwarzen Hamburger Traube. Er griff ziemlich tief ins Gewebe ein, konnte jedoch noch relativ gut hin- und herbewegt werden.

Die mikroskopische Untersuchung des excidierten Tumors ergab ein Gewebe, das aus Blutgefäfsen, mit dünnen, aus Spindelzellen gebildeten Wandungen bestand. Das Gewebe zwischen diesen Blutkanälen ist gleichmäfsig von Rundzellen infiltriert. *C. Berliner-Aachen.*

In der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft von Pisa berichtete Rosi (*Rif. med.* 1895. No. 3) über einen Fall von **Dermoidcyste der Raphe scroti.**
C. Müller-Freiburg (Schweiz).

Gegen Hypertrichosis. Im *Americ. med.-surg. bull.*, 1. Oktober 1894, werden folgende Recepte zu Depilatorien empfohlen:

1.	*Natr. sulfat.*	3,0	2. *Calc. ust.*	1,0
	Calcar. ust. pulv.	10,0	*Natr. carbon.*	2,0
	Amyli	10,0	*Axung. porci*	8,0

MDS. Mit Wasser zu einer Paste zu verreiben, nach 2—3 Minuten wieder zu entfernen.

3.	*Natr. hydrosulf.*	1,0	4. *Calcii sulfat.*	
	Calc. carbon.	3,0	*Calcar. ust.*	ā
	Aq. dest. ut. f. pasta.			

S. Nach 2—3 Minuten zu entfernen.

5.	*Jod. pur.*	0,8
	Ol. terebint.	1,25
	Ol. castor.	2,0
	Alkohol	9,5
	Collod.	30,0

MDS. Einmal täglich, zwei oder drei Tage hintereinander aufzutragen.

H. Einhorn-München.

Als **Enthaarungsmittel** empfiehlt Butte:

℞	*Tinct. Jodi*	3,0
	Ol. Terebinth.	6,0
	Ol. Ricini	8,0
	Spir.	48,0
	Collodii	100,0

Die betreffenden Stellen werden 3—4 Tage hintereinander bepinselt. Nach Abnahme der Kollodiumschicht sitzen sämtliche Haare an der Innenseite derselben fest. (*Jahrb. f. pr. Med.* 1895. S. 464.)

C. Berliner-Aachen.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über zwei Fälle von Orchotomie bei Prostatahypertrophie berichtet Mansell Moullin in der Clinical Society of London am 26. April 1895. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 27.) Der erste Patient, 74 Jahre alt, mit hochgradiger Cystitis, kleiner Blase, ammoniakalischem Harn, erfuhr nach der Operation eine sehr bedeutende Besserung: die Strangurie schwand, der Harn wurde sauer, wenn er auch etwas schleimig blieb, und das Allgemeinbefinden hob sich. Der zweite Patient befand sich eine Woche nach der Operation ganz gut, dann trat Dyspnoe, Hämaturie, profuse Diarrhoe ein, und es erfolgte der Exitus letalis. Die Blase enthielt einen Stein, die Prostata zeigte deutliche Zeichen stattgefundener Verkleinerung. Trotz dieses traurigen Ausganges im letzten Fall befürwortet der Verfasser die Operation. In der Diskussion wurde über einen 68jährigen Prostatiker berichtet, dessen Prostata sich zurückbildete, als die Hoden wegen Tuberkulose entfernt werden mußten. Golding-Boid wünscht für die Operation lieber die Bezeichnung „Orchektomie", analog der „Nephrektomie".

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Wirkungen der unilateralen Kastration auf die Prostata, von E. H. Fenwick-London. (*Brit. med. Journ.* 9. März 1895.) Verfasser hat die physiologische Beziehung zwischen den Testikeln und der Prostata zehn Jahre hindurch eingehend studiert und sich über 20 Fälle, die Aufklärung in dieser Richtung geben könnten, Notizen gemacht.

a) Unilaterale Kastration in drei Fällen.

1. Der linke Hoden wegen Tuberkulose im Jahre 1889 entfernt. Untersuchung der Prostata im Jahre 1890. Die Prostata gesund und völlig unverändert.

2. Der linke Testikel im Jahre 1863 entfernt. Untersuchung im Jahre 1889. Der linke Prostatalappen gröfser, als der rechte.

3. Der linke Testikel 1887 entfernt, Untersuchung 1894. Die Prostata kaum noch fühlbar.

b) Monorchismus in zwei Fällen.

4. Der linke Testikel fehlt. Der linke Prostatalappen flach, sehr wenig gröfser als der rechte.

5. Der linke Testikel fehlt. Der linke Prostatalappen atrophiert, der rechte normal.

c) Extreme Atrophie des Testikels.

I. Nach einer Entzündung.

6. Der linke Hoden sehr klein; beide Prostatalappen gleich, aber abgeflacht.

7. Der linke Hoden sehr klein; der linke Lappen grofs, der rechte atrophisch.

8. Der rechte Hoden sehr klein; der rechte Lappen entzündet und cirrhotisch, der linke klein.

9. Der linke Testikel sehr klein, der linke Lappen gröfser, als der rechte.

10. Der rechte Testikel erbsengrofs; der linke Lappen um die Hälfte kleiner, als der rechte.

11. Der linke Hoden sehr klein, beide Lappen gleich, glatt, klobig.

II. Die Ursache der Atrophie unbekannt.

12. Linker Hoden sehr klein; beide Lappen gleich.

13. Rechter Hoden atrophisch; beide Lappen gleich, aber abgeflacht.

14. Linker Testikel klein; Prostata von normaler Gröfse.

15. Linker Hoden nicht fühlbar; beide Prostatalappen gleich.

16. Linker Testikel klein; linker Lappen kleiner, als der rechte.

17. Linker Testikel klein; beide Lappen gleich, aber abgeflacht.

18. Beide Testikel im Leistenkanal zurückgehalten und sehr klein (Kryptorchismus); beide Prostatalappen gleich, aber klein.

19. Beide Testikel bohnengrofs noch in den Leisten; beide Lappen gleich, aber klein.

20. Der linke Testikel sehr klein, in den Leisten. Der Patient acquiriert plötzlich eine blennorrhoische parenchymatöse Prostatitis; beide Lappen werden gleich und stark vergröfsert gefunden.

Verfasser glaubt, dafs die rektale Untersuchung, sie mag noch so geschickt ausgeführt werden, doch aus verschiedenen Gründen nicht im stande ist, ein sicheres Urteil über die Aktivität der Prostata abzugeben. Die normale Gestalt derselben ist uns nicht bekannt, da sie mit jedem Lebensalter wechselt und bei verschiedenen Individuen verschieden ist. Schliefslich mufs auch berücksichtigt werden, dafs die Prostata oft durch die Stellung bei der rektalen Untersuchung, dann auch nach dem Füllungszustande der Blase verändert wird. *C. Berliner-Aachen.*

Beobachtungen über die Wirkungen der doppelseitigen Kastration auf die vergröfserte Prostata, von H. Fenwick-London. (*Brit. med. Journ.* 16. März 1895.) Verfasser zieht folgende Schlüsse aus seinen Beobachtungen:

1. Zweifellos tritt eine langsame Schrumpfung der Prostatagewebe in vielen Formen der senilen Prostatahypertrophie auf doppelseitige Kastration ein. Weitere Erfahrungen müssen jedoch entscheiden, ob dies in allen Formen der Prostatavergröfserungen der Fall ist.

2. Die endgültige Befreiung vom Katheter nach der Kastration hängt bestimmt von der Gesundheit der Blasenmuskulatur ab. Deshalb sollte zunächst der Grad der Atonie festgestellt werden, bevor man den Patienten Hoffnung auf Befreiung vom Katheterisieren macht; sonst bringt man die Operation in Mifskredit und den Patienten Enttäuschung. Selbst nach der operativen Entfernung der Prostata ist man aufser stande, den Patienten Erleichterung zu versprechen, wenn bereits eine hoffnungslose Atonie der Blasenmuskulatur besteht.

3. Durch Verminderung der Zahl der Katheterein führungen und der Gelegenheit, durch dieselbe zu infizieren, beseitigt die Kastration eine ständige Gefahr für die Integrität der Blase und Nieren. *C. Berliner-Aachen.*

Eine vergrörserte Prostatadrüse 18 Tage nach der bilateralen oder vollständigen Kastration, von J. Griffiths-Cambridge. (*Brit. med. Journ.* 16. März 1895.) Der 74jährige Greis litt seit mehreren Monaten an einer heftigen Cystitis. Der Urin enthielt eine beträchtliche Menge Schleim und Eiter und konnte nur in Tropfen und unter Schmerzen gelassen werden. Die per rectum gefühlte Prostata hatte die Gröfse einer mittelgrofsen Orange. Häufiges Katheterisieren und Ausspülungen der Blase brachten nur wenig Erleichterung. Am 16. November 1894 wurden die Testikel entfernt. Es trat in den nächsten Tagen eine Besserung in den Blasensymptomen ein. Gegen Ende der zweiten Woche klagte der Patient über Schlaflosigkeit und begann bald darauf zu delirieren. Das rechte Bein zeigte in der unteren Partie, namentlich in der Gegend der rechten Arteria poplitea, die Zeichen einer beginnenden Gangrän. Der Zustand verschlimmerte sich zusehends. Am 3. Dezember trat der Tod ein.

Bei der Autopsie wurde die rechte Niere infolge von Hydronephrose stark vergrörsert gefunden.

Bezüglich der Prostatavergrörserung hat Verfasser aus seinen Befunden folgende Schlüsse gezogen: 1. Die Vergrörserung oder die Hypertrophie der Prostata rührt von einem Anwachsen der Drüsentubuli und der mit ihnen verknüpften Muskeln her, so dafs sie eine neue Drüsensubstanz bildet, welche der normalen Drüse sehr ähnlich ist. Dies kann man als das erste oder das Drüsenstadium bezeichnen. 2. Nach einer kürzeren oder längeren Zeit beginnen degenerative Veränderungen, bei welchen das neue Gewebe sich schliefslich in eine Masse von mehr oder weniger dichtem, fibrösem Bindegewebe umwandelt, welches nur die atrophierten Reste der Drüsen- und Muskelelemente enthält. Dies repräsentiert das zweite oder das fibröse Stadium. Wenn dieses letztere in der vergrörserten Prostata bereits durchweg eingetreten ist, so wird die Kastration kaum merkliche Verkleinerung der Prostatahypertrophie bewirken können. *C. Berliner-Aachen.*

Einpflanzung eines künstlichen Hodens nach Kastration, von R. F. Weir. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 12.) Ein 37jähriger Kranker, bei welchem Weir die Kastration des rechten Hodens und die Auskratzung des linken tuberkulösen Hodens hatte vornehmen müssen, bat diesen Chirurgen flehentlich, ihm nicht den ganzen Hoden zu entfernen. Als trotz dieses Wunsches die Kastration nötig geworden war, erinnerte sich Weir des glücklichen Resultates im Falle einer Trepanation, wobei er die Knochenstücke des Schädels durch eine Celluloidplatte ersetzt hatte, und befestigte in dem vorher wohl gereinigten Hodensack eine Celluloidkugel von $2^1/_2$ cm Durchmesser. Der Kranke trägt diesen Fremdkörper seit mehr als einem Jahre und ist sehr stolz auf seine männliche Fähigkeit. Der Gedanke, Knochen- oder Knorpeldefekte durch Celluloid zu decken, rührt von einem ehemaligen Schüler Billroths, Fränkel in Wien, her. Das Verfahren ist bereits bei Augenlidaffektionen, bei Resektionen des Oberkiefers und bei Mifsbildungen der Nasenknorpel zur Anwendung gelangt.

Neuhaus-München.

Ein Fall von **Pseudohermaphroditismus**, von SCHNELLER. (*Münch. med. Wochenschr.* 14. August 1894.) Therese L., 12 Jahre alt, ist dem Alter entsprechend grofs, von derbem Gesichtsausdruck, grobem Knochenbau, tiefer, rauher Stimme. Die hellblonden langen Haare sind in einen Zopf geflochten; dagegen ist das grofse, männlich aussehende Gesicht von einem dunklen, nicht eben dichtem Vollbarte umrahmt; die Barthaare über Oberlippe, Backen und Kinn sind kaum 1 cm lang; das Kind war erst wenige Tage vorher rasiert worden. Die Brust ist stark behaart, die Brustdrüsen zeigen keinerlei Entwickelung, am Mons veneris besteht starke, dunkle Behaarung, ebenso an den Streckseiten der Extremitäten. Bei der Untersuchung der äufseren Genitalien findet man das Vorhandensein beiderlei Geschlechtsgänge; unter dem verkümmerten Penis mit leichter Hypospadie, durch welchen die Urinsekretion erfolgt, der also die Harnröhre enthält, befindet sich noch eine kleine Öffnung, jedenfalls der Scheideneingang, in welchen eine Sonde tief eindringen kann. Zu beiden Seiten erheben sich Hautfalten, ähnlich den grofsen Labien; Hoden sind nicht nachweisbar. Das Kind ist von sehr scheuem Benehmen, da es von den Altersgenossen und den Leuten überhaupt viel verspottet und ausgelacht wird. Der Körperbau zeigt zumeist männliche Eigenschaften; aus der tiefen, rauhen, männlichen Stimme, aus dem Bartwuchs und der sonstigen Behaarung ist zu schliefsen, dafs bereits die Pubertät erreicht ist, doch konnten die Eltern des Kindes bis jetzt weder von Menses oder Spermaflecken, noch von sexuellen Regungen die geringste Spur bemerken. Verfasser getraut sich nicht, den Entscheid über das Geschlecht zu treffen, meint, dafs ein Pseudohermaphroditismus masculinus vorliege, wo also doppelgeschlechtliche Entwickelung der äufseren Geschlechtsorgane bei eingeschlechtlichen (männlichen) Keimdrüsen besteht.

Neuhaus-München.

Mittel, welche den penetranten Uringeruch bekämpfen. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1894. No. 11.) Bekannt ist die Thatsache, dafs Oleum Terebinthinae, innerlich genommen, dem Urin einen Veilchengeruch verleiht. Mit Rücksicht darauf empfiehlt BRASSERT in Freiburg i. Br., dreimal täglich je zehn Tropfen Ol. Tereb. die an Incontinentia urinae Leidenden nehmen zu lassen, um den unerträglichen Geruch zu unterdrücken, welche diese Patienten mittelst ihres Urins verbreiten. Die Wirkung ist stets sicher, man kann ohne Schaden einige Wochen die Medikation fortsetzen. Gegenanzeige bilden Magengeschwüre, Magenkatarrh und Nephritis, eventuell schon Dyspepsie.

Neuhaus-München.

Notiz zur Konservierung organisierter Harnsedimente, von RICHARD FISCHEL. (*Prag. med. Wochenschr.* 1895. No. 12.) Zur Konservierung von Harnsedimenten hat nur BOHLAND bisher ein Verfahren angegeben mittelst Härtung in MÜLLERscher Flüssigkeit, Auswaschung in physiologischer Kochsalzlösung und Nachhärtung in Alkohol. Das Verfahren hat viele Fehler. Verfasser hat ein anderes erprobt. Das Sediment wird am besten mittelst Zentrifuge gewonnen, mit physiologischer Kochsalzlösung bis zur Entfärbung der überstehenden Flüssigkeit gewaschen, dann nach Abgiefsen der Waschflüssigkeit eine Mischung von Glycerin und Aqua destillata zu gleichen Teilen, der man 2% einer gesättigten alkoholischen Thymollösung zusetzen kann, auf das Sediment geschichtet und dieses im geschlossenen Zustande aufbewahrt. Man kann vor dem Aufschichten der Mischung auch mit ganz verdünnten Farbstofflösungen (saures Hämatoxylin, Methylviolett, Gentianaviolett, Safranin) färben. Die EHRLICHsche Triacidmischung ist nicht anwendbar.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine neue Methode zur Untersuchung der Urinsedimente, von G. POLACCI-Palermo. (*Rif. med.* 1894. No. 296.) Man läfst den Urin im Spitzglase sedimentieren,

löst dann die auflagernde Flüssigkeit ab und gießt unter beständigem Umrühren folgende Fixierungsflüssigkeit zum Sedimente:

Destilliertes Wasser	200,
Chlornatrium	1,
Schwefelsaures Natron	5,
Sublimat	0,5

läßt es 24 Stunden im Spitzglase stehen, gießt die Flüssigkeit ab und wäscht das Sediment mehrmals mit destilliertem Wasser. Epithelien, Cylinder, Leukocyten, rote Blutkörperchen sind dann fixiert in ihrer ursprünglichen Gestalt und können ungefärbt oder gefärbt untersucht werden. *C. Müller-Bern.*

Über mikrochemische Farbenreaktionen der Harnsedimente und deren differential-diagnostische Bedeutung, von Siegfried Grosz. (*Internat. klin. Rundsch.* 1894. No. 41.) Behufs Tinktion der Formelemente des Harns hat sich dem Verfasser das Alizarin sehr gut bewährt. Es ergab sich zunächst eine verschiedene Färbung gleichartiger Formelemente; ein Teil der Leukocyten färbte sich im Protoplasma und Kerne gelb, ein Teil violett. Diese Differenz ist nur durch verschiedene Reaktion des Protoplasmas erklärlich; nach den chemischen Eigenschaften des Alizarins wird bei saurer Reaktion eine gelbe, bei alkalischer eine violette, bei neutraler oder schwach saurer eine rote Farbe entstehen. Es galt nun, zu entscheiden, ob die Reaktion für Zellen bestimmter Provenienz eine unveränderliche ist, so daß man aus dem Auftreten der Reaktion einen Rückschluß auf den Standort der Gebilde machen kann. Das trifft thatsächlich zu. Behandelt man das Harnsediment von Kranken mit akuter Blennorrhoe mit einer 1%igen Lösung von alizarinsaurem Natrium, dann erhält man eine rot gefärbte Grundsubstanz mit gelb gefärbten Leukocyten und Epithelien. Die Grundsubstanz vermag cylindroide Formen zu bilden, welche, zumal wenn sie mit Leukocyten und Epithelien belegt sind, echten Nierencylindern ähneln. Sie bestehen aus Mucin, da sie bei Essigsäurezusatz gerinnen. Diese Cylindroide entstehen in den Drüsen der Harnröhre. Eine andere Art von Cylindern stammt aus der Prostata, es sind lange, gewundene, glashelle Schleimfäden, die auch in dem post coitum entleerten Harne zu finden sind. Die renalen Cylinder färben sich stets tiefgelb, rote, mucoide Substanz ist nur spärlich vorhanden. Die violett gefärbten Leukocyten und Epithelien waren vornehmlich bei der Urethritis posterior zu finden. Vielleicht erscheinen diese Formelemente alkalischer Reaktion nur bei tiefgreifenden Prozessen.

Die Methode der Färbung ist: ein Tropfen einer 1%igen wässerigen Lösung von alizarinsulfosaurem Natron wird zu einem Tropfen des Sediments hinzugefügt, ein Deckglas aufgelegt und eine Minute gewartet. Dauerpräparate herzustellen, ist dem Verfasser noch nicht gelungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Notizen zur Harnuntersuchung, von Georg Buchner. (*Münch. med. Wochenschr.* 1894. No. 49 u. 52.)

1. Zum Nachweis geringer Zuckermengen im Harn mittelst der „Nylanderschen Wismutlösung". Verfasser hatte oft Gelegenheit, Harne zu beobachten, welche etwas vermehrte reduzierende Substanzen enthielten, auch bei dem Kochen mit Nylanders Lösung nach dem Absetzen einen dunkelgrauen Phosphatniederschlag gaben, dennoch aber mit der so empfindlichen Phenylhydracinprobe sich als zuckerfrei erwiesen. Auffallenderweise lieferten diese Harne bei der schätzungsweisen Bestimmung der vorhandenen Erdphosphate durch Erwärmen des Harns mit Kalilauge einen schwarz bis dunkelgrau gefärbten Erdphosphatniederschlag. Es mußte hier also ein Körper vorhanden sein, welcher durch Kalilauge schwarz gefärbt und von den Erdphosphaten mit niedergerissen wurde. Dieser Körper, und nicht

Wismutoxydul bedingte die Graufärbung des Wismutphosphat-Niederschlag, bei der mit diesen Harnen angestellten Nylanderschen Zuckerprobe, und er täuschte geringe Zuckermengen vor. Dieser Körper ist das Uroerythrin, ein im normalen Harn nur in sehr geringer Menge vorhandener, bei Anwesenheit gröfserer Mengen die ziegelrote Färbung des Uratsedimentes bedingender Farbstoff. Er wird durch Alkalien schwarz gefärbt.

Es ergiebt sich daraus für den Nachweis geringer Zuckermengen mit Nylanders Lösung, dafs man bei Erhalt eines dunkelgrau gefärbten Phosphatniederschlages nur dann auf die Gegenwart kleiner Zuckermengen schliefsen darf, wenn eine Probe Harn, mit Kalilauge erwärmt, nach dem Ansetzen einen weifsen Erdphosphatniederschlag liefert. Ist letzterer aber schwarz gefärbt, so rührt die erhaltene Graufärbung des Wismutphosphatniederschlages von durch Alkali gefärbtem, dem Wismutphosphat beigemengten Uroerythrin her.

2. Die Quecksilber-Eiweifsprobe. Buchner hält diese Probe für die empfindlichste aller Eiweifsreaktionen, indem sie gestattet, Eiweifs in einer Verdünnung von 1:150,000, nach einigem Stehen sogar 1:225 000—1:350000 mit Sicherheit nachzuweisen. Das Reagens besteht aus einer Lösung von 50 g Quecksilberchlorid, 20 g Weinsäure, 100 g Zucker im Liter destillierten Wassers. Bei der Probe wird der Harn zur Abscheidung von Mucin und zur Vermeidung eines entstehenden Quecksilberphosphatniederschlages mit Salzsäure (auf 10 ccm Harn ein Tropfen) versetzt, dann filtriert und vorsichtig über die Quecksilberlösung geschichtet. Eine sofort oder nach einigen Minuten entstehende gröfsere oder geringere, stets aber sehr scharf wahrzunehmende, weifse Zone läfst die minimalsten Eiweifsspuren erkennen.

Ist das Ergebnis positiv, so läfst sich die Ursache geringer Eiweifsspuren leicht in Verbindung mit der mikroskopischen Untersuchung der durch Zentrifugieren isolierten Harntrübung feststellen, indem dann entweder Leukocyten oder Blutkörperchen oder hyaline Cylinder gefunden werden.

3. Eiweifsbestimmung mittelst Polarisation. Nach Daiber läfst sich im Harn das Eiweifs von 0,1% an genau und schnell durch Polarisation bestimmen. Bestimmt man nämlich die Linksdrehung des eiweifshaltigen und des von Eiweifs befreiten Harns, so ergiebt die Differenz den Eiweifsgehalt des Harns.

4. Über die Anwendung der Zentrifuge bei der Harnanalyse. Man erhält mit der Zentrifuge vollständig klare Harne und bei selbst anscheinend fast klaren Harnen ein kleines festhaftendes Schleimwölkchen zur mikroskopischen Untersuchung. Dann erst gewinnt diese Untersuchung Exaktheit, und lassen z. B. minimale Spuren von Eiweifs, je nach dem Befunde, auf Eiterkörperchen, hyaline und granulierte Cylinder, zurückführen. *Neuhaus-München.*

Die Abwesenheit von Zucker im normalen Urin mittelst einer neuen einfachen Methode nachzuweisen, von Johnson. (*Lancet.* 12. Januar 1895.) Man füllt in ein Reagensglas von ½ Zoll Durchmesser je zwei Teile Urin und gesättigte wässerige Pikrinsäurelösung und ein Teil Kalilauge; es tritt sofort eine orange-rote Färbung ein, die beim Kochen noch dunkler wird. Scheint nun nach dem Kochen das Licht noch durch das Reagensglas, so ist der Urin sicher frei von Zucker.

F. Hahn-Bremen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXII. No. 7. 1. April 1896.

Syphilis und Malaria.

Ein Beitrag zu der Frage: „Frühbehandlung der Syphilis oder nicht?"

Von

Dr. Reinhold Ruge,

Marine-Stabsarzt und Assistent der syphilitischen und dermatologischen Klinik der Charité zu Berlin.

Ich würde zu der viel umstrittenen Frage: „Frühbehandlung der Syphilis oder nicht?" das Wort nicht ergreifen, hätte ich nicht während meiner Thätigkeit hier in der Charité so oft Kranke auf meiner Station gehabt, die bereits in der Stadt wegen eines harten Schankers eine antisyphilitische Kur begonnen hatten. Sie hatten diese Kur dann aus unbekannten Gründen früher oder später unterbrochen und sich in die Charité aufnehmen lassen.

Hier in Berlin ist es meines Wissens hauptsächlich Lassar, der an der Frühbehandlung der Syphilis festhält. Er sagt: Die Syphilis ist zu behandeln und zu unterdrücken, wo man sie und sobald man sie findet. Wichtig ist daher die Entfernung des Anfangsherdes und aufserdem alsbaldiger Beginn der Allgemeinbehandlung, wodurch die Möglichkeit geboten wird, die Krankheit im Keime zu ersticken.

Hat sich diese Art der Behandlung nun bewährt oder nicht? Ich meine, sie hat sich nicht bewährt. Denn

1. giebt es manchen harten Schanker, der wie ein syphilitischer aussieht, dem aber doch keine Allgemeinerscheinungen folgen. Ich verweise in dieser Beziehung nur auf die Arbeit von Dürings.[1] Mir selbst ist es wiederholt während meines Aufenthalts an der Westküste von Südamerika, wo die harten Schanker aufserordentlich häufig sind, vorgekommen, dafs ich bei unseren Mannschaften Fälle von harten Schankern sah, die mir Schulfälle von syphilitischen Schankern zu sein schienen, denen aber doch keine Allgemeinerscheinungen folgten. Als ich eine solche Beobachtung zum ersten Male machte, war ich über das Ausbleiben der Allgemeinerscheinungen so erstaunt, dafs ich an meiner Fähigkeit,

[1] *Unnas Monatsh.* 1887. II. S. 490.

einen syphilitischen Schanker diagnostizieren zu können, irre wurde. Als sich diese Fälle aber noch einige Male wiederholten, bestärkten sie mich in der Ansicht, dafs die Diagnose „Syphilis“ erst nach dem Ausbruche der Allgemeinerscheinungen zu stellen ist und erst dann die Allgemeinbehandlung einzusetzen hat.

Dazu kommt 2. der Umstand, dafs die Allgemeinbehandlung des Primäraffektes durchaus nicht immer im stande ist, den Ausbruch der Allgemeinerscheinungen zu unterdrücken. Im Gegenteil! Die Allgemeinerscheinungen treten meist doch auf und sind dann hartnäckiger, als in den Fällen, in denen die Behandlung erst mit dem Erscheinen der Allgemeinerkrankung einsetzte.

3. Darf man die sozialen Folgen der Frühbehandlung nicht unterschätzen. Wie oft habe ich von den eingangs erwähnten Kranken die Frage gehört: Bin ich denn eigentlich syphilitisch? Ich habe nur einen Schanker gehabt, und der ist jetzt zugeheilt. Oder ich wurde gefragt nach der voraussichtlichen Dauer der Behandlung oder nach der Möglichkeit einer Verheiratung. Ich konnte natürlich nur dann eine bestimmte Antwort geben, wenn sich trotz der Frühbehandlung bereits ausgesprochene Erscheinungen einer Allgemeinerkrankung zeigten. Fand ich aber solche Erscheinungen nicht, sondern nur einen in der Rückbildung begriffenen harten Schanker oder einen Ausschlag, dessen Natur sich nicht mit Bestimmtheit feststellen liefs, so mufste ich in so wichtigen Fragen die Antwort schuldig bleiben.

Diese drei Bedenken sind schon oft gegen die Frühbehandlung geltend gemacht worden, und ich führe sie nur der Vollständigkeit wegen an.

Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit vielmehr auf eine andere Seite der Frage lenken und Ihnen durch einen Vergleich mit einer zweiten Krankheit zeigen, dafs der Satz Lassars „von dem Ersticken der Syphilis im Keime“ auch theoretisch seine Bedenken hat. Es giebt nämlich eine Krankheit, deren Erreger bekannt sind, deren Verlauf eine unverkennbare Ähnlichkeit mit dem Verlauf der Syphilis hat, zu deren Bekämpfung wir ebenfalls ein spezifisches Mittel besitzen, bei der wir aber gut beobachten können, dafs dies Spezificum nur wirkt, wenn es den Krankheitserreger in einem bestimmten Zeitpunkte seiner Entwickelung angreift. Diese Krankheit ist die Malaria.

Lange schon, ehe man die Malaria-Amöben kannte, hatte die klinische Beobachtung gelehrt, dafs bei einer Malariaerkrankung das Chinin in den fieberfreien Zeiten gegeben werden mufste, sollte der nächste Anfall unterdrückt werden. Wurde das Chinin aber kurz vor dem Anfall oder gar erst im Beginne des Anfalls gegeben, so wurde durch diese Medikation der nächste Anfall nicht unterdrückt; es wurde

vielmehr eine zweite Chinindosis nötig, und zwar mufste nun diese zur rechten Zeit gegeben werden, um das Fieber zum Schwinden zu bringen. So gilt die Regel für unsere heimische Malaria. Ähnlich verhält es sich bei der tropischen, mit remittierendem Fieber einsetzenden Malaria. Jeder Arzt, der Gelegenheit gehabt hat, tropische Malaria an Ort und Stelle zu behandeln, wird die Erfahrung gemacht haben, dafs man im remittierenden Fieberstadium der Malaria mit Chinin nichts erreicht, dafs man aber um diese Zeit dem Kranken den Magen am ehesten mit Chinin verdirbt und ihn so aufser stande setzt, Chinin zur rechten Zeit mit Erfolg nehmen zu können. Man mufs in solchen Fällen warten mit der Chinindarreichung, bis das Fieber intermittierend geworden ist.

Die wissenschaftliche Erklärung für diese klinischen Erfahrungen haben uns die Untersuchungen der Italiener gegeben. Sie zeigten, dafs kurz vor dem Anfall und im Beginn des Anfalls die Erreger der Malaria zur Reife kommen, und dafs während des Abklingens des Anfalls die jungen Parasiten ins Blut treten. Zu diesem Zeitpunkte mufs das Chinin gegeben werden: die jungen Parasiten erliegen ihm sicher. Wir ersehen hieraus zugleich, dafs sich die jungen Formen dieser tierischen Parasiten einem spezifischen Gifte gegenüber gerade umgekehrt wie die der pflanzlichen Parasiten verhalten.

Ich habe diese kurze Schilderung der Malariabehandlung gegeben, um zu zeigen, dafs es eine wohl studierte Infektionskrankheit giebt, gegen die man nicht sofort mit dem spezifischen Mittel vorgehen darf, sobald man ihr Vorhandensein festgestellt hat, sondern bei der man ein bestimmtes Entwickelungsstadium des Erregers abwarten mufs, wenn man mit dem spezifischen Mittel den gewünschten Erfolg erzielen will.

Wie ist nun der weitere Verlauf einer Malariaerkrankung?

Nehmen wir an: das Fieber ist durch rechtzeitig gereichte Chiningaben in kurzer Zeit unterdrückt worden. Will nun der Kranke nicht schon nach wenigen Tagen einen Rückfall erleben, so ist er gezwungen, Chinin in geeigneter Menge und in zweckentsprechenden Zwischenräumen 2—3 Wochen lang weiter zu nehmen. Er thut dies und bleibt nun für lange Zeit gesund. Plötzlich bekommt er, selbst wenn er sich schon lange Zeit nicht mehr in Fiebergegenden aufgehalten hat, ohne nachweisbare Ursache einen Rückfall, und solche Rückfälle können nach Jahren auftreten. Ich sage ausdrücklich „Rückfälle", um damit anzudeuten, dafs eine neue Ansteckung nicht stattgefunden hat. Noch einen Umstand will ich erwähnen, der mir beachtenswert erscheint. Es entwickelt sich bei manchen Kranken die sog. Malariakachexie, bei der wir unter unbestimmten Fieberbewegungen oder ohne solche für gewöhnlich keine Amöben, wohl aber manchmal die sog. Halbmondformen finden: Gebilde, deren Natur noch nicht klar gestellt ist, die

sich aber als absolut widerstandsfähig gegen Chinin gezeigt haben. Hier ist man gezwungen, zum Arsen zu greifen.

Nachdem ich so in grofsen Zügen eine Malariaerkrankung gezeichnet habe, will ich kurz die zum Vergleich nötigen Punkte aus dem Krankheitsbilde der Syphilis hervorheben.

Auch hier sehen wir, dafs unser Spezificum in der einen Periode der Krankheit (Zeit des harten Schankers) weniger gut, in einer anderen (nach Auftreten der Allgemeinerscheinungen) ausgezeichnet wirkt, und dafs die spezifische Behandlung noch längere Zeit nach dem Verschwinden der Krankheitserscheinungen fortgesetzt werden mufs, soll der Kranke nicht unmittelbar im Anschlufs an die Behandlung einen Rückfall erleiden. Aber selbst nach ausgiebigster Behandlung in Bezug auf Dauer und Intensität sind auch hier „Rückfälle" die Regel, und in späterer Zeit schliefst sich noch unter Umständen das Tertiärstadium an, in dem das Quecksilber für gewöhnlich versagt und das Jodkalium an seine Stelle tritt.

Ehe ich nun den Vergleich zwischen den beiden Krankheiten beginne, will ich noch bemerken, dafs ich die Ähnlichkeit zwischen den beiden Krankheiten natürlich nur relativ aufgefafst wissen will. Denn es ist augenscheinlich, dafs diejenige Folge von Erscheinungen, die sich bei der Malaria in wenigen Tagen vollzieht, bei der Syphilis ebensoviele Wochen und Monate in Anspruch nimmt. Es kann weiterhin nicht die Rede davon sein, den Vergleich zwischen den beiden Krankheiten Punkt für Punkt durchzuführen und den Versuch zu machen, zu erklären, warum in dem einen Punkte die beiden Krankheiten in ihrem Verlaufe voneinander abweichen und in einem zweiten Punkte völlig übereinstimmen. Dazu müfste eine Reihe unnötiger Hypothesen aufgestellt werden, und das ist nicht meine Absicht. Es liegt mir vielmehr daran, Ihre Aufmerksamkeit auf den Umstand zu lenken, dafs wir zwei Krankheiten vor uns haben, gegen deren jede wir ein spezifisches Mittel, wie kaum gegen eine dritte Krankheit, besitzen, dafs diese Spezifica ihre volle Wirkung aber nur in gewissen Stadien der betreffenden Krankheiten entfalten, bei beiden Krankheiten noch nach Jahren trotz ausreichender Behandlung „Rückfälle" vorkommen, und dafs wir schliefslich bei beiden Krankheiten ein Stadium finden, in dem die ursprünglichen Spezifica fast völlig versagen und wir gezwungen werden, andere Mittel anzuwenden.

Wenn man sich diese Ähnlichkeiten zwischen den beiden Krankheiten vergegenwärtigt, so wird man zu dem Schlusse gedrängt, dafs wohl auch die Erreger der beiden Krankheiten ähnlicher Natur sein müssen: ich meine, dafs beide Krankheiten durch tierische Parasiten hervorgerufen werden. Dieser Gedanke ist meines Wissens zuerst von

R. Koch ausgesprochen worden. Wie wird aber eine solche Anschauungsweise unser praktisches Handeln beeinflussen?

Wir müssen bei der Syphilis ebenso wie bei der Malaria mit der Behandlung warten, bis sich die Krankheitserreger in einem Entwickelungsstadium befinden, in dem sie den spezifischen Mitteln zugänglich sind.

Bei der Malaria ist das die Jugendform des Parasiten, und gegen diese Jugendform entfaltet das Chinin seine volle Wirkung. Unter der Voraussetzung nun, dafs es sich bei der Syphilis ebenfalls um tierische Parasiten handelt, müssen wir wohl auch bei ihr die Jugendform der Erreger mit unserem Spezificum angreifen. Wann aber dürfen wir die zu finden hoffen? Kennen wir klinische und therapeutische Thatsachen, die darauf hinweisen, dafs zu einer bestimmten Zeit sich junge Parasiten im Blute Syphiliskranker finden?

Nun ich meine, wir kennen solche Thatsachen. Wem hat sich die Idee nicht aufgedrängt, dafs eine Aussaat von Keimen vor sich gegangen ist, wenn er den Ausbruch eines syphilitischen Ausschlages beobachtete? Läfst sich diese Krankheitserscheinung durch eine solche Annahme nicht viel ungezwungener erklären, als durch die Annahme Fingers, es handle sich hierbei um Toxinwirkungen? Aber es kommt noch ein zweiter Umstand hinzu, der dafür spricht, dafs wir es beim Ausbruch der Allgemeinerscheinungen mit der Jugendform der Parasiten zu thun haben; um diese Zeit wirkt unser Spezificum am besten.

Da also mufs erst die Allgemeinbehandlung einsetzen und nicht schon zur Zeit des harten Schankers.

Wir sehen also, es sind nicht nur praktische Bedenken, die von einer Frühbehandlung der Syphilis abhalten, sondern auch theoretische Erwägungen, deren Sinn kurz der ist: Man darf sich nicht verleiten lassen, eine Infektionskrankheit gegen die man ein Spezificum besitzt, mit Hülfe dieses Spezificums sofort im Keime ersticken zu wollen. Man mufs vielmehr erst untersuchen, ob es bei der Krankheit nicht etwa ein Stadium der Erreger giebt, in dem sie dem Spezificum erheblichen Widerstand leisten, und eins, in dem sie ihm leicht erliegen. Solche Stadien finden wir aber sowohl bei der Malaria, als auch bei der Syphilis, und danach müssen wir unser therapeutisches Handeln einrichten.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Acidum carbolicum liquefactum auf die gesunde Haut.

Von

Dr. Adalbert Frickenhaus.

(Mit Tafel V.)

(Schluſs.)

VIII. Versuch.

Dreimalige flächenhafte Karbolätzung (in 24 Stunden je eine) auf der Rückenhaut eines Leprösen. (Leprome in der Cutis.) Excision 48 Stunden nach der letzten Ätzung, also im ganzen nach 96 Stunden = vier Tage nach der ersten Ätzung.

Es hat sich ein hoher, von Leukocyten dicht durchsetzter Schorf gebildet, welcher sich mit polychromem Methylenblau äuſserst polychrom färbt. Er läſst daher im ganzen kaum mehr eine Struktur erkennen, nur in den peripherſten Partien, welche der ersten Ätzung entsprechen, tingieren sich noch drei bis vier Lagen ovoid hornschichtartig abgeplatteter Kerne mit Kernfärbungen, während Protoplasmafärbungen negativ ausfallen und der übrige Schorf sich diffus färbt.

Die Hornschicht darüber fasert teilweise in zierlichen Lamellen ab, teils ist sie mit dem Schorf zu einer nicht zu differenzierenden Masse verbacken.

Epithel unter dem zentralen Herd, der hier zufällig teilweise in die Schnitte fällt, vollständig zerstört, läſst keine Struktur mehr erkennen. An seiner Stelle eine kernreiche Masse, die teils Leukocyten, teils erhaltene Kerne, teils Chromatinbröckel darstellt. Die Verschorfung dringt treppen- oder etagenförmig durch das Epithel in die Tiefe, in der Weise, daſs die Zahl der erhaltenen Schichten übereinander mit der Entfernung vom Zentrum der Ätzung zunimmt.

An einer Stelle deutliche, retikulierende Degeneration der Epithelien, aber nur in wenigen Präparaten und in sehr circumscriptem Bezirke. Daher erscheint diese Degeneration, die sonst nirgends bemerkt wurde, für das pathologische Geschehen bei der Ätzung ebensowenig, oder noch weniger charakteristisch, als beispielsweise der mitgeteilte Befund saurer Kerne. Die erhaltene Stachelschicht des Hofes unter dem Schorfe zeigt verschiedenes Verhalten: einerseits hornschichtartige Abplattung, wo der Schorf noch fest aufliegt, andererseits, wo er sich teilweise gelöst hat, starke Aufblähung der Zellen mit Verstreichung der Saftspalten. Die basalen

Zellen unter dem Schorf färben sich weit intensiver, als die des angrenzenden, nicht geätzten Epithels. Gegen den Rand der Ätzung wenige, sehr schön entwickelte Mitosen in der Basalschicht. Nur die allernächstliegenden Bindegewebsspindeln lassen noch typische Veränderungen erkennen, indem sehr wenige Kerne unter Verlust des Plasmas geschrumpft und chromatotektisch ausgezogen sind. Bei schwacher Vergrößerung ist der Herd in der Lederhaut wohl noch durch seine Aufhellung und den mattglasartigen Eindruck, den das Kollagen macht, erkenntlich, allein bei stärkeren Systemen bemerkt man, daſs die fixen Gewesbszellen durchweg sich durch ein üppiges, aber zartes Spongioplasma auszeichnen, welches sich mit dem UNNAschen polychromen Methylenblau rötlichviolett färbt. Die Bindegewebszellen des Hofes weisen neben vielen Mastzellen dieselbe Hyperplasie des Protoplasmas auf. Sämtliche wahren fast durchaus die Spindelform, umschlieſsen oft mehrere Kerne mit ihren Fortsätzen und anastomosieren durch zahlreiche Ausläufer mit anderen Zellen. Einzelne Fäden scheinen sich direkt im Protoplasma basaler Epithelzellen und eingesprengter Epithelzapfen zu verlieren. Dann und wann trifft man Mitosen an.

Das Zustandekommen des spongioplastischen Typus, unter Beibehaltung der Spindelform, kennzeichnet das Gewebe als Regenerationsgewebe, augenscheinlich zur Rekonstruktion der fixen Gewebselemente und des Kollagens. Er tritt stets da auf, wo genügend lange Zeit zwischen letzter Ätzung und Excision liegt, wie hier im Falle — 48 Stunden. Findet die Excision früher statt, so bemerkt man wohl einzelne hypertrophische Spindeln im Hofe, aber im Herd nur entzündliche Bildungen in der Gestalt von Korbzellen.

Man konnte es dem Gewebe wohl noch ansehen, daſs Veränderungen auch in der tieferen Cutis stattgefunden haben. Es überrascht nur, daſs sie so rasch wieder repariert werden, daſs die Wirkung der Karbolätzung in der Cutis eine so wenig nachhaltige ist. Diese prompte Organisation des Herdes drängt zu der Annahme, daſs wohl ein Teil der fixen Gewebskerne ihre Proliferationsfähigkeit beibehalten hat. Im allgemeinen war die Wirkung der Ätzung, abgesehen von der im Gang befindlichen Regeneration, nicht wesentlich tiefer, als wir sie 24 Stunden nach der einmaligen Ätzung konstatiert haben. Es muſs also Einflüsse geben, welche die Wirkung des Karbols beeinträchtigen, und es macht in der That den Eindruck, als ob der Schorf bei einer nicht gerade bestimmt anzugebenden Wiederholung der Ätzung die Fähigkeit verliert, weitere Karbolsäure durchzulassen. Wir werden sehen, daſs es trotz täglich fortgesetzter, oft wiederholter Ätzungen zu einer ausgedehnten Epitheliunterwachsung des Schorfes kommen kann, ohne daſs diese irgendwie durch nachfolgende Ätzungen eine Störung erleidet. Der

Karbolschorf scheint sogar eine recht gute Schutzdecke für regeneratorische Vorgänge abzugeben. Das erklärt sich dadurch, dafs der Karbolschorf von Ätzung zu Ätzung an Mächtigkeit gewinnt, d. h. auf jede Ätzung folgt eine ziemlich umfangreiche Leukotaxis, insbesondere in den Hof, aber auch unter die Basis des Herdes. Der Herd wird dadurch kleiner und kleiner, bis er schliefslich dem Andrängen der Leukocyten von der Seite und von unten nicht mehr standhält und ausreifst, d. h. direkt abgesprengt und gelöst, oder indirekt ausgerissen wird. Es ist klar, dafs man dann bei jeder weiteren Ätzung nur noch den Schorf und seine reichlichen leukocytären Einschlüsse ätzt. Aber auch, wenn dieses zunächst seltene Ereignis nicht eintritt, dafs der zentrale Herd selbst abgehoben wird, wird man nicht annehmen, dafs durch das pergamentartig mumifizierte Gewebe noch viel Karbolsäure durchdringt, sie wird sich vielmehr eben nach den Seiten zu ausbreiten, wo sie bessere Diffusionsverhältnisse finden dürfte, und sich mit dem Eiweifs der Leukocyten verbinden, ehe sie Gelegenheit hat, weiter in die Tiefe zu dringen.

IX. Versuch.

Viermalige Karbolätzung auf die gesunde Haut des Vorderarmes eines 16jährigen jungen Menschen, in vier Tagen je eine punktförmige Ätzung, genau auf derselben Stelle excidiert. 24 Stunden nach der letzten Ätzung unter Chloräthylanästhesie.

Recht eigentlich typisch für mehrmalige, punktförmige Ätzung ist der vorliegende Versuch, insofern die Unterschiede von Herd und Hof sehr deutlich und vorderhand von Ätzung zu Ätzung prononzierter werden.

Der zentrale Herd nimmt Keratinfärbung an. Die ganze Dicke des Epithels ist in einen glasig mumifizierten Schorf verwandelt, der insbesondere in stark entfärbten Präparaten bei Abblendung noch deutlich seine ursprüngliche Struktur unterscheiden läfst. Kern, Protoplasma und Intercellularräume markieren sich nicht mehr durch Farbe, sondern durch verschiedenes Lichtbrechungsvermögen.

Spärliche Leukocyten umsäumen den Herd in der Cutis. Der Herd geht zu beiden Seiten im Präparat (Fig. III) in den annähernd symmetrisch aufsteigenden Entzündungshof über, der sich von der Unterlage beiderseits flügelförmig abgehoben hat. Letzterer läfst drei bis vier Schichten übereinander erkennen, welche gegen das Ätzzentrum zu mit der Nekrose des Deckepithels verschmolzen sind, während sie an der Peripherie einzeln abblättern. Die oberste Schicht zeigt in manchen Präparaten noch deutlich Keratohyalin. Die Basis jeder Schicht bildet ein Konvolut von eingewanderten Leukocyten, die Decke: die jeweils nach der Ätzung mortifizierte Epithelschicht, durch Einrisse und eingelagerte Leukocyten nicht

immer mehr als solche erkenntlich. Das Ganze, Herd und Hof, ist von abgeplatteter Hornschicht überzogen.

Die entstandene Epithelnekrose zeigt wieder die typische Form eines flachen Kugelsegments. Die Verätzung ist somit im Zentrum am tiefsten, steigt von da in schiefer Richtung durch das Epithel unter dem Entzündungshof nach oben, wobei das intakte Epithel, wie erwähnt, mit der Entfernung vom Ätzzentrum an Mächtigkeit der Lagen übereinander gewinnt, bis die Nekrose an der Peripherie schliefslich im Gesunden ausklingt.

Die Veränderungen in der Cutis stehen denjenigen bei der einmaligen Ätzung nach 24stündigem Excisionsinterwall sehr nahe, gehen aber nicht erheblich tiefer, als diese.

Nächstliegende Kerne unter Protoplasmaschwund vorwiegend in Chromatotexis. Erst die stärkere Vergröfserung grenzt diese von Wanderzellen ab, welche hier ebenfalls zu bemerken sind. Weiter in der Tiefe Kerne im Schrumpfen. Spärliche Kerntrümmer im Gewebe. Das Kollagen erscheint gequollen und nimmt ein verwittertes, verwaschenes Aussehen an. Seine fibrilläre Struktur ist verwischt. Sehr wohl liefsen sich diese typischen Karbolveränderungen in der Lederhaut unter dem WEIGERTschen Begriffe der Koagulationsnekrose zusammenfassen, wenn nicht die hier gleichzeitig auftretenden verschiedenen typischen Kerndestruktionen, sowie das Fehlen des zu diesem Bilde gehörigen Kernschwundes eine Lostrennung von diesem Begriffe nötig machten. Gefäfse in gemischter Stase. Perivaskulär viele Leukocyten und Mastzellen.

Der Versuch zeigt uns die Karbolnekrose noch ziemlich rein, ohne Regenerationserscheinungen, das erklärt sich natürlich durch die kürzere Zeit von 24 Stunden, welche zwischen letzter Ätzung und der Excision liegt. Er beweist eben durch das Fehlen derselben, was der vorhergehende Versuch positiv gezeigt hat, dafs zum Auftreten von Regenerationsvorgängen mindestens 48 Stunden nötig sind.

Die Unterminierung des zentralen Herdes mit Leukocyten in nennenswerter Anzahl setzt ebenfalls eine solche längere Erholungspause voraus. Durch das so veränderte Kollagen kann wahrscheinlich noch keine nennenswerte Leukotaxis erfolgen. Dieselbe dringt vielmehr seitlich vom Gesunden her unter den Herd ein. Bedeutend ist sie daher auch hier an zentralen Schnitten nicht. In manchen parallel und seitlich zum Durchmesser der Ätzung geführten Schnitten ist sie erheblich bedeutender. Die Erklärung dafür ist durch die Ätzfigur des Karbolschorfes einigermafsen gegeben. Das Kollagen zeigt unter diesen seitlichen Schnitten dementsprechend auch geringere und nicht so tiefgehende Veränderungen, als im zentralen, und erscheint für die Leukocyten durchlässig. Der zentrale Herd ist hier sogar bereits durch den Andrang der Leukocyten direkt abgehoben.

Auffallend bleibt es, dafs an der Grenze des Herdes in der Tiefe der Lederhaut keine leukocytäre Demarkation stattfindet, möglicherweise, dafs das Karbol hier noch seine spezifischen, negativ leukotaktischen oder reducierenden Eigenschaften entfaltet. Trotz der augenscheinlichen Zell- und Kollagendestruktionen in der Cutis scheint es hier zu keiner endgültigen Nekrose zu kommen. Der Endeffekt der Ätzung, gleichviel, wie oft sie wiederholt wurde, war bis jetzt immer der, dafs ein Teil des Epithels in der genannten typischen Mortifikationsfigur sich als deutliche Nekrose markierte und demarkierte, aber nichts weiter.

Die mutmafslichen Gründe dafür wurden im letzten Versuche besprochen.

X. Versuch.

Fünfmalige flächenhafte Karbolätzung auf die Rückenhaut eines Leprösen, täglich eine Ätzung, excidiert 48 Stunden nach der letzten Ätzung unter Chloräthyl. Das von Herrn Dr. Unna mir zur Untersuchung überlassene Stück entspricht nicht dem Bilde, welches wir uns von einer fünfmaligen Karbolätzung nach dem bisherigen zu machen berechtigt waren. Es ist wohl einer Randpartie entnommen, welche nicht so häufig geätzt wurde. Immerhin sind die Veränderungen so schön und für den Karbolschorf so charakteristisch, dafs ich ein Präparat in der Figur 1 abgebildet habe.

Der von einer zu isolierenden Hornschicht umschlossene Schorf zeigt an der Basis in kleinen Schichtungsblasen spärliche, leukocytäre Einlagerungen, liegt dem Epithel, von dem er sich leicht abschält, flach halbkugelförmig auf und besitzt etwa dieselbe Höhe, wie dieses. Das Epithel ist durch eine zarte Hornschicht vom Schorf getrennt, welche an Präparaten, von denen der Schorf abgefallen ist, deutlich zu Tage tritt. Eine kleine Delle in dieser markiert dann die Stelle, wo der Schorf safs. Das Epithel zeigt in allen Präparaten keine andere Veränderung der Form, als stärkere Abplattung der älteren Lagen, wobei sich die Körnerschicht durch ihren besonderen Reichtum an Keratohyalin auszeichnet und noch einzelne Kerne in der sonst verhornten Randschicht unter dem Schorf Kernfärbung annehmen. Mitosen sind nicht nachzuweisen.

In der Cutis fällt nur die Üppigkeit der fixen Gewebszellen auf, ohne dafs ihr Spongioplasma sich mit rötlich-violettem Tone färbt, was es in seiner Jugend stets thut.

Der Epitheldefekt ist bereits ausgeglichen. Alle diese Erscheinungen lassen mich vermuten, dafs wir es kaum mit einer mehrmaligen Ätzung zu thun haben, sondern höchstwahrscheinlich nur mit einer ein- oder zweimaligen Ätzung, und zwar mit den ersten Ätzungen. Solche Bilder könnten ganz wohl nach einer Karbolätzung entstehen, welche einen vier-

bis fünftägigen Excisionsintervall hatte. Für die qualitativen Veränderungen scheinen sie mir nicht wohl verwendbar.

Die Ausbildung des Keratohyalins im Epithel neben dem Schorf im Verein mit der hohen Hornschicht machen es wahrscheinlich, dafs beiderseits, namentlich rechts, ebenfalls ein Schorf aufgelegen und sich bereits abgestofsen hat. Das ändert jedoch nichts an meiner Auffassung des Falles, dafs das zufällig geschnittene Stück höchstwahrscheinlich nicht fünfmal, sondern etwa nur ein- bis zweimal geätzt wurde.

XI. Versuch.

Siebenmalige Karbolätzung auf den Vorderarm eines gesunden 16jährigen jungen Menschen. Um das Bild einer möglichst intensiven Karbolätzung zu erhalten, wurde der Versuch in der Weise ausgeführt, dafs ich innerhalb zweier Tage in Zwischenräumen von drei Stunden je eine punktförmige Ätzung applizierte. Excision am Abend des zweiten Tages unter Äthylchlorüranästhesie. Bei der ersten Ätzung flofs etwas Karbolsäure über die gewünschte punktförmige Stelle hinaus und wurde mit feuchter, in Wasser getauchter Watte abgewaschen. Nach zwei Stunden ist diese Stelle stark hyperämisch gerötet und ragt, zu Bohnengröfse geschwollen, über das Niveau der Haut hervor. Bei der anderen Tags vorgenommenen Excision ist die Schwellung noch nicht ganz verschwunden. Das hatte zur Folge, dafs der Schnitt etwas seicht ausfiel, indem dadurch der Glaube erweckt wurde, dafs sich das Rasiermesser tief in der Lederhaut befinde, während thatsächlich der Schnitt nur wenig jenseits der am tiefsten einspringenden Leisten geführt wurde. Dadurch war leider die Begrenzung der Ätzung in der Tiefe der Cutis nicht genau festzustellen.

Der Schorf zeigt die Einbuchtungen der normalen Oberhaut in outrierter Weise. Das Ganze überzieht eine platte, isolierbare Hornschicht. Dieser folgt, ebenfalls Keratinfärbung annehmend, eine in toto abgestofsene, aus 4—5 Zelllagen übereinander bestehende, glasig nekrotisierte Epithelleiste, welche sich in der Mitte der Präparate zu dem zentralen Herde vertieft, in welchem die ganze Dicke des Epithels genau in derselben, schon mehrfach beschriebenen, Weise mortifiziert ist. Die obige Leiste läfst noch vollständige Struktur erkennen, sogar die Stacheln des Stratum spinosum sind an einigen Stellen deutlich zu unterscheiden. Eine bestehende Schrumpfung betrifft wesentlich das Plasma, nicht die Kerne. Letztere erscheinen vielmehr eiförmig gebläht. Die Kernkörperchen und das Chromatinnetz sind zu zahllosen Kügelchen zertrümmert, die sich der Zellwand anlegen und diese, aber nicht durchweg, bucklig auftreiben. Viele Kerne färben sich noch mit einem opak mattglasigen Farbenton und erinnern an Sagokörner. Zu bemerken ist, dafs diese Leiste in ihrer ganzen

Ausdehnung durchaus keine Leukocyten enthält, dagegen entstehen durch das massenhafte Andrängen von solchen papillenförmige Ausbuchtungen in derselben. Weiter nach unten ist der Schorf durch eine sehr erhebliche Leukotaxis, vermischt mit einer weniger bedeutenden Serotaxis, charakterisiert. Dazwischen lassen sich noch weitere abgestofsene Epithelfetzen mit teils geblähten, teils geschrumpften Kernen unterscheiden. In ganz zentralen Schnitten liegt der Herd noch stellenweise der Unterlage auf, ist aber ebenfalls an der Grenze der Cutis von Leukocyten umschwärmt; in seitlichen ist er unter dem Andrange der Leukocyten abgehoben. In den Schnitten, in welchen sich der Herd noch am besten markiert, wird er eben noch als schmale Eindellung zwischen den steil ansteigenden Flügeln des Entzündungshofes wahrgenommen. Die letzteren sind durch die pralle Füllung mit leukoserösem Exsudat einander so sehr genähert, dafs sie sich in manchen Präparaten als abgeplattete Halbkugeln über dem zentralen Herd berühren und denselben durch diese duplikaturartige Überlagerung vollständig überdecken. Es entsteht somit zwischen der in dieser Weise aneinandergelegten Hornschicht im senkrechten Durchschnitt die Figur eines umgekehrten grofsen lateinischen T (⊥). Welchen Effekt weitere Ätzungen haben würden, läfst sich denken; wie ich bei der Besprechung des VIII. Versuches erwähnt habe, wird man lediglich nur den Schorf und seine Einschlüsse ätzen, und wir finden auch die Leukocyten des Schorfes zu krümeligen, geschrumpften Gebilden verändert, als Beweis, dafs dieses Ereignis auch hier schon eingetreten ist.

In der Cutis interpapillär die bekannten Bilder der Chromatotexis und Chromatorhexis. Gefäfse durchweg abnorm weit und in Leukostase, namentlich auch die interpapillären Kapillaren. Kerne einzelner Gefäfsendothelien eiförmig gebläht und deutlich wabig vakuolisiert. Die Kernhülle zeigt dabei keinerlei Ausbuchtungen. Lymphspalten ebenfalls stark erweitert.

Trotzdem die untere Grenze der Ätzung leider nicht mehr in die Schnitte fällt, können wir uns doch durch die Ätzfigur des Epithels, welche wir aus dem Vergleich zentraler mit seitlichen Schnitten erhalten und welche sich danach wieder in der für die Karbolätzung typischen Weise als ein stark abgeflachtes Kugelsegment darstellt, eine Vorstellung von der Tiefenwirkung der punktförmigen Ätzung machen, und wir gewinnen die Überzeugung, dafs dieselbe nicht wesentlich tiefer als bei den bisherigen Ätzungen sein kann.

Seitliche, mehr gegen den Entzündungshof geführte Schnitte zeigen nämlich, dafs basal im Herd noch drei bis vier Lagen Stachelzellen stehen geblieben sind, also nicht einmal durchweg im Herd eine Totalnekrose des Epithels stattfindet. Die Nekrose des ausgefallenen Epithels tritt in derselben Form glasiger Aufhellung, wie oben, auf und scheint bei

schwacher Vergrößerung allmählich in die genannten drei bis vier jüngsten Stachellagen überzugehen, welche die Färbung des normalen Epithels teilen. Thatsächlich ist aber nur die basale Lage unversehrt geblieben. Die aufgehellten Kerne der nächstfolgenden Lagen zeigen die eigentümlichen stereotypen Konfigurationen des Chromatins in besonderer Deutlichkeit. Das Chromatin tritt, wie oben, in Gestalt zahlreicher kleiner und kleinster Kügelchen an das Innere der Kernmembran (cf. Fig. V) und buchtet dieselbe dann und wann buckelförmig aus. Gegen das total nekrotisierte Epithel zu trifft man diese Formen in extremer Ausbildung, aber mehr in Schrumpfung. Es fällt dabei in der Verteilung dieser Chromatinkügelchen eine gewisse Ordnung auf, eine gewisse pathologische Neustruktur.

Es erübrigt noch, ein Wort zur Erklärung der in diesem Falle erheblicheren Serotoxis, als sie sonst beobachtet wurde, zu sagen. Sie läßt sich einmal schon durch die massenhafte Leukocytose, mit welcher sie gemischt auftritt, erklären, als diesem anhaftendes, nun abgesetztes Serum. Genügt diese Erklärung nicht, so möchte ich darauf hinweisen, daß die Umgebung der Ätzung, auf welche etwas reines Karbol übergeflossen war (cf. oben), mit Wasser abgewaschen wurde, dort also das Karbol in verdünnter Lösung zur Wirkung kam, welcher wir im Gegensatz zu konzentrierten Lösungen direkt serotaktische Eigenschaften vindizieren (cf. idiosynkrasische, vesikulöse Karboldermatitis durch 3- und 5%ige Lösungen).

II. Tiersuche.

XII. Versuch.

Neunmalige Karbolätzung an der Innenseite des Kaninchenohres. Täglich eine Ätzung. Excision am zehnten Tage. Makroskopisch zeigt die graubraun verfärbte Ätzstelle noch keine Neigung zur Abschilferung, fühlt sich knorpelhart und eingedellt an und ist, wenn man das Ohr gegen das Licht hält, von einem intensiv rot durchscheinenden Hofe umgeben. Die Excision erfolgt in der Weise, daß das Präparat in der einen Hälfte gesundes, in der anderen geätztes Gewebe aufweist.

Mikroskopisch fällt eine vollständige Färbungsverschiedenheit der beiden Hälften auf. Die gesunde färbt sich mit polychromem Methylenblau intensiv methylenviolett, die kranke berlinerblau und ist vom Gesunden durch ein die ganze Dicke des Ohres durchsetzendes, nicht sehr breites Band getrennt, welches bei allen Färbungen sich äußerst schwach färbt und glasig hell bleibt.

Der kaum veränderten Hornschicht liegt in der geätzten Seite ein mehrschichtiges Lager glasig aufgehellter, platter Körnerzellen an, deren

Kerne sich noch teilweise erkennen lassen. Auf der nicht geätzten Aufsenseite des Ohres genau dieselben Veränderungen.

Die grobe Struktur des Gewebes ist dabei nicht verändert, dagegen sind die Kerne sämtlicher Gewebseinlagerungen aufs äufserste geschrumpft, krümelig verklumpt und miteinander verbacken. Das Ganze ist platter zusammengeschoben. Nur Haare und Elastin sind unverändert. Die Darstellung des Elacins gelingt, wie ich hier gleich bemerken will, in keinem Falle. Sämtliche Gefäfse der kranken Hälfte, soweit noch als solche erkennbar, insbesondere die tiefen Arterien, in der Nähe des Knorpels, durchweg prall ausgedehnt, in dichter, vorwiegend Leukothrombose.

Leukocyten lassen sich sonst nicht in der Nekrose nachweisen, wohl aber spricht der Reichtum des ganzen Gewebes an Chromatin und dessen oft krümelig gruppierten Resten für ihre Anwesenheit.

Das beschriebene, schwach sich färbende Band stellt die ödematöse Demarkationszone dar, in welcher das Gewebe unter Verwischung seiner Struktur in ein mit zahlreichen Chromatinbröckeln übersätes Trümmerfeld umgewandelt ist. Auffallend viele Korbzellen mit zentrisch und namentlich exzentrisch gelagerten Kernen durchsetzen und umsäumen diese Zone insbesondere gegen das Gesunde zu. Viele Korbzellen zeigen an den Knotenpunkten ihres Wabenwerkes gröfsere und kleinere Chromatingranula. Beiderseits, unter dem glasig aufgehellten Epithel, zum Teil auch gegen die Nekrose zu, wird eine Demarkationslinie deutlich vom Gesunden durch eine eingesprengte, nicht sehr reichliche Leukotaxis geschieden. Teilweise ist es hier schon zu Einrissen zwischen gesundem und nekrotisiertem Gewebe gekommen, die sich aber nicht in das Epithel fortsetzen.

Äufserst interessant ist das Verhalten des gesunden Epithels diesseits der Demarkationslinie: das Deckepithel hat sich mit der Stachelschicht der nächstliegenden Haarbälge zu einem viele Mitosen aufweisenden, die Haut von der geätzten Innenseite teils in schräger, teils in senkrechter Richtung durchwachsenden, breiten Zellenlager vereinigt, das in lebhafter Proliferation begriffen ist. Man hat also die Anfänge der Epithelunterschichtung des brandigen Herdes vor sich. Es ist auffällig, dafs bei einer durch neun Tage fortgesetzten Ätzung sich diese schon ziemlich umfangreiche Epithelregeneration ausbilden konnte, wobei wir nicht glauben können, dafs dieselbe erst in den zwischen letzter Ätzung und Excision liegenden 24 Stunden eingesetzt hat. Dafür ist sie schon zu ausgedehnt. Vielmehr scheint der Karbolschorf eine recht gute Schutzdecke für Regenerationsvorgänge zu bilden, wenn man nicht geradezu annehmen will, was auch denkbar ist, dafs das Karbol, aus weiterer Entfernung wirkend, die Fähigkeit habe, direkt Mitosenbildung zu veranlassen. Wir werden bei dem nächsten Versuche einer 21maligen Ätzung noch viel ausgedehntere Heilungsvorgänge im

Gange sehen, viel ausgedehnter, als wir sie von dem kurzen Excisionsintervall von 24 Stunden erwarten können, während im Parallelversuch, bei einer einmaligen Ätzung, die nach 21 Tagen ausgeschnitten wurde, das Epithel unter einem dünnen Schorf noch teilweise in Nekrose verharrt.

Zur Erklärung der intensiven, die ganze Haut durchsetzenden Gangrän sind wir mit FRANKENBURGER genötigt, die Thrombosierung der tieferen Gefäfse heranzuziehen. Das Kaninchenohr bietet durch die eingeschobene Knorpelplatte ungünstige Zirkulationsverhältnisse und nimmt eine ähnliche Stellung ein, wie die Teile des menschlichen Körpers (Penis, Finger und Zehen), an welchen sich die Karbolgangrän nach zirkulären, von Laienhand angelegten Verbänden mit Vorliebe etabliert. Der vorliegende Fall ist der einzige, welcher diese Erklärung benötigt. In dem eben angezogenen, der 21maligen Ätzung, wo doch mehr als noch einmal so oft geätzt wurde, geht die Wirkung lange nicht so tief. Der Schorf nimmt hier höchstens ein Viertel der Dicke des Ohrquerschnittes ein. Es spielen also örtliche Verhältnisse mit, die im einen Falle zur indirekten Karbolgangrän führen, in einem anderen nicht. (Ausbildung von Kollateralen.)

An der menschlichen Haut konnten wir nie eine Wirkung des Karbols beobachten, welche sich nicht durch den direkten Karbolkontakt erklären liefs. Der Effekt blieb vielmehr eher hinter den Erwartungen zurück. Die Zirkulationsverhältnisse liegen eben hier viel günstiger, und wir sehen, wie falsch es wäre, in jedem Falle aus den Veränderungen an der Haut des Kaninchenohres bindende Schlüsse hinsichtlich der quantitativen Wirkung der Ätzung auf menschliche Haut zu ziehen, während die qualitativen Veränderungen bei Mensch und Tier durchweg dieselben sind.

XIII. Versuch.

Einundzwanzigmalige Karbolätzung an der Innenseite des Kaninchenohres, je eine in 24 Stunden. Excision am 22. Tage. Bei einer der ersten Ätzungen fliefst etwas Karbolsäure auf die andere Seite des Ohres über.

Die geätzte Stelle fühlt sich hart und etwas eingedellt an. Sie nimmt nur bei den ersten Ätzungen die weifse Ätzfarbe an, später nicht mehr. Von einer schorfförmigen Auflagerung, wie sie sich beim Menschen stets markiert, ist nichts zu bemerken.

Mikroskopisch ergiebt sich folgendes:

Die Verschorfung nimmt etwa den vierten Teil der Decke des Ohrdurchschnittes ein und besteht aus der nekrotisierten Oberhaut und einem Teile der Cutis mit ihren Einschlüssen.

Das Epithel bietet die mehrerwähnten Bilder glasartiger Aufhellung und Blähung der Kerne. Der ganze Schorf nimmt Keratinfärbung an. Mit polychromem Methylenblau färbt er sich, ein Zeichen seiner Aus-

trocknung, äufserst intensiv. Nirgends ist eine gröfsere Ansammlung von Leukocyten im verschorften Gewebe zu erkennen. Die Stachelschicht der Haarbälge und des Talgdrüsenepithels zeigt in ihren zentralen Lagen meist dieselbe Veränderung, wie das Epithel; am Rande herrschen die mannigfaltigen Bilder des Kernzerfalls vor. Nur Haare und Elastin sind nicht nachweisbar geschädigt. Eingelagerte Arterien und Venen in vorwiegend roter Thrombose, tiefere Gefäfse teilweise noch wegsam.

Die Nekrose besitzt durchweg gleiche Höhe und stellt somit eine ziemliche dicke Leiste dar, deren untere Begrenzung fast parallel zur Oberfläche verläuft. Diese Leiste liegt einer augenscheinlich von der Stachelschicht der tieferen Haarbälge ausgehenden Epithelneubildung auf, welche, von der Seite eindringend, den Schorf fast in seiner ganzen Ausdehnung unterschichtet hat (cf. Fig. VIII.) Sie besitzt gegenüber dem normalen Deckepithel des Kaninchens eine viel erheblichere Anzahl der Lagen, sendet zapfenförmige Ausläufer in die Tiefe der Lederhaut und zieht sämtliche eingestreuten Haarbälge, unter Bildung zahlreicher Karyomitosen zur Proliferation heran.

Mit dem Schorf ist das junge Keimgewebe nur sehr lose verbunden, so dafs es bei der Präparation zu klaffendem Abstehen des Schorfes kommt. Es treten dann an der Unterlage die Merkmale eines jugendlichen Deckepithels deutlich zu Tage (cf. Fig. VIII.): dicke Hornschicht, sowie üppige Keratohyalinbildung in den Übergangsschichten. Mehr oder weniger breite, brückenförmige Adhäsionen verbinden den Schorf noch mit dieser Unterlage, welche sich bei spezifischen Färbungen der Hauptsache nach als Elastinfäden darstellen.

Das kollagene Gewebe unter der neugebildeten Epithelleiste ist reich an hypertrophischen Spindelzellen mit üppigem Spongioplasma. Letztere werden in der Tiefe von in Masse auftretenden Korbzellen abgelöst, und zwar, wie schon früher erwähnt, auch hier in einem Bezirk ausgedehnten Kernzerfalles. Das Protoplasma der Korbzellen ist ein sehr üppiges, es zeigt bei $^1/_{12}$ Immersion, Okular I. Leitz schon deutliche Wabenstruktur, von meistens recht weitmaschigem Bau. An den Knotenpunkten der Waben befinden sich auch hier dem Kernchromatin ähnliche Granula von verschiedener Gröfse (cf. Abbildung Fig. VII). Vielfach weisen die vorwiegend exzentrisch gelagerten Kerne dieser Zellen leichte Alterationen des Konturs auf, auch fehlen die Nucleoli dann und wann, so dafs es nicht zu unterscheiden ist, ob die in den Schäumen eingeschlossenen Chromatinbröckelchen[22]

[22] Meine anfängliche Meinung, dafs dem Spongioplasma eine wesentliche Rolle bei der Reinigung des Terrains von Kerntrümmern zukomme, entweder durch zeitweilige Aufnahme und Abführung von Chromatinresten, sei es nach anderen Zellen, sei es nach den nächstliegenden Lymphspalten zu, oder durch definitive Einverleibung zu „Fütterungszwecken", hat sich bei öfterer Durchsicht der fraglichen Präparate nicht bestätigt. Auch läfst sich diese Frage wohl kaum am toten Material entscheiden. Wo diese Erscheinungen an Zellen wahrzunehmen waren, fanden sich leichte Kern-

Kernabkömmlinge oder von aufsen aufgenommene Chromatinreste darstellen. Am Grenzbezirke zu den hyperplastischen Bindegewebsspindeln trifft man vereinzelt Übergangsformen von der Korbzelle zur Spindel, wie in Figur VII eine solche abgebildet wurde. Ich habe sie dort als proliferierende Korbzelle bezeichnet, weil sie einem Bezirke entnommen ist, in welchem sämtliche zellige Einlagerungen die Kennzeichen eines proliferierenden Regenerationsgewebes an sich tragen: Hyperplasie und Mitosenbildungen.

Am Epithel der Aufsenseite findet man, entsprechend der unbeabsichtigten Ätzung durch Überfliefsen des Karbols, teilweise dieselbe glasige Mumifizierung, wie auf der geätzten. Aufserdem an cirkumscripter Stelle überlagert das Epithel, das hier intakt und höher, als in der Norm, erscheint, ein ebenso veränderter Epithelschorf, der an die als Figur I gegebene Abbildung erinnert und von der Unterlage, von welcher er sich schon teilweise abgehoben hat, durch einen geringgradigen, trockenen Abscefs geschieden ist.

Unter dieser Stelle in der Lederhaut fällt die netzförmige Anastomosierung der Bindegewebsspindeln mit namentlich senkrecht zur Oberfläche gehender Richtung auf. Dann und wann lassen sich auch Lumina mit spärlichen Leukocyten unterscheiden, so dafs man in dieser Anordnung die Organisation zerstörten Gewebes durch Bildung von Kapillarsprossen vor sich hat.

Was bei der Besprechung der dreimaligen und neunmaligen Karbolätzung gesagt wurde, gilt auch hier. Es ist ein höchst überraschender Befund, dafs trotz täglich durch drei Wochen wiederholter Ätzung so ausgedehnte Regenerationsvorgänge sich ausbilden konnten, wie die Abbildung Figur 8 (*e k* und *p*) zeigt. Bezüglich der Erklärung verweise ich, um Wiederholungen zu vermeiden, auf die Besprechung der genannten Versuche VIII und XII.

Schlufsfolgerung: Die Verschorfung geht an menschlicher gesunder Haut auch bei mehrmaliger Ätzung nicht wesentlich tiefer als bei der einmaligen; sie hält sich durchweg an

---

alterationen. Es handelt sich demnach wohl kaum um protoplasmatische Einschlüsse von Fremdkörpern seitens gesunder Zellen, sondern um teilweise Destruktionsvorgänge, um Abspaltung von Chromatin aus der Zelle selbst. (Die Fortschaffung der Chromatinreste aus dem Gewebe geschieht vielmehr auf dem Wege der Kanalisation durch die Lymphbahnen. Leider entzieht sich dieser Vorgang in den Präparaten der Beobachtung.) Die Chromatingranula als zufälligen Befund im letzteren Sinne zu verwerten, bestimmt mich namentlich eine Äufserung von Klebs pag. 12 der *Allg. Pathologie*. II. Teil, welcher die benachbarten Zellen eines Bezirkes, in welchem Chromatinzerfall stattgefunden hatte, frei von Einschlüssen findet (es handelte sich um einen durch Typhusnekrose entstandenen Zerfallsherd. „Auffallend ist," sagt Klebs l. c., dafs diese freien Chromatinkörper nicht von lebendigen Zellen aufgenommen werden, in deren Bereich sie teilweise gelangen; ebensowenig scheint dies von seiten der Wanderzellen zu geschehen."

das Epithel, welches sie in einer typischen, ein flaches Kugelsegment darstellenden Ätzfigur nekrotisiert.

III. Versuchsgruppe.

Die Regeneration.

Zum Studium der Regeneration wurden noch drei weitere Versuche am Meerschweinchenohr, am menschlichen Vorderarm und am Kaninchenohr so angestellt, dafs nach einer einmaligen Ätzung mit der Excision zehn Tage und 21 Tage gewartet wurde.

XIV. Versuch.

Einmalige Karbolätzung an der Innenseite des Meerschweinchenohres. Excision nach zehn Tagen.

Auf der geätzten Seite ist das Epithel durch einen Ätzschorf ersetzt. Mit polychromem Methylenblau färbt er sich äufserst intensiv, bei spezifischen Keratinfärbungen nimmt er Hornfarbe an und unterscheidet sich von normaler Oberhaut strukturell nur dadurch, dafs die Kerne geschrumpft sind und das Ganze opak glasig aufgehellt erscheint. Das Epithelbild wird dadurch ein zierlicheres und gleicht durchaus dem Epithelschorf der Abbildung I.

Der Schorf, oder besser gesagt, die Epithelnekrose selbst zeigt durchaus keine leukocytäre Einwanderung. Letztere ist dagegen an der Basis des Schorfes, wo er noch mit der Lederhaut in Kontakt steht, in sehr ausgedehnter Weise vorhanden. Namentlich sind die Papillen unter dem nekrotisierten Epithel dicht mit Leukocyten angefüllt. An beiden Seiten hat sich der Schorf von der Unterlage etwas abgehoben. Auf der einen Seite unter dem Einflusse der Leukocytose, auf der anderen augenscheinlich durch die keilartig wirkende seitliche Unterschichtung neugebildeten proliferierenden Deckepithels.

Die Ätzfigur markiert sich auch hier wieder: die Verätzung durchsetzt das Epithel nicht in gerader, sondern in schräger Richtung, von oben nach unten, weshalb der Schorf am Rande beiderseits nur aus 1—2 Epithellagen übereinander besteht und im Schnitt spitz ausläuft.

Sehr bemerkenswert ist das Verhalten der unter den Randpartien noch erhaltenen Epithelleiste. Dieselbe zeigt viele Mitosen und ist deutlich in aktiver Proliferation begriffen, namentlich da, wo Haarbälge eingestreut sind. Wo sie fehlen, ist nichts oder wenig von Proliferation zu bemerken. Die Epitheluntenwachsung ist in manchen Präparaten so ausgedehnt, dafs das junge Epithel durch die Decke des Ohres durchgewachsen ist und sich mit dem der Aufsenseite vereinigt hat. Dadurch erscheint das Präparat — es wurden senkrechte Schnitte zum Rande des Ohres gemacht,

die also drei von Epithel umränderte Seiten zeigen — nun an vier Seiten von Epithel umgeben!

Wo es zur Abhebung des Schorfes gekommen, ist auch bereits eine neue Hornschicht, sowie eine wohlausgebildete Körnerschicht mit ganz besonders prägnanten Keratohyalineinlagerungen gebildet.

Von weiteren Befunden interessiert uns noch, dafs die Arterien in der Nähe des Knorpels teilweise gemischt stasiert sind und teilweise die Emigration von Leukocyten besonders deutlich in verschiedenen Stadien erkennen lassen.

XV. Versuch.

Parallelversuch zu XIV. Einmalige Karbolätzung auf den Vorderarm eines gesunden 16jährigen jungen Menschen. Excision nach zehn Tagen. Der Schorf besteht aus einem abgekapselten leukocytären Abcefs, liegt gesundem mehrschichtigem Epithel auf, von diesem durch ein dickes Polster verhornter Epithelzellen getrennt. Teilweise der Hornschicht verlustig gegangen, läfst er gegen die Peripherie wenige Lagen glasig verhornter, nekrotisierter älterer Epithelien erkennen. Im allgemeinen aber ist seine Struktur durch reichliche An- und Einlagerung von Leukocyten verwischt. In der Mitte ist er mit der Unterlage noch durch ein ziemlich breites Band, Hornfärbung annehmender Epithelien verbunden. Diese epitheliale Unterlage hat überall, insbesondere an den Randpartien, wo es zu Spontanlösung des Schorfes gekommen ist, den Charakter eines jugendlichen Deckepithels angenommen: eigene breite Hornschicht, keratohyalinreiche Übergangsschichten. Es ist durchweg normal, nur an einer Stelle unter dem zentralen Ätzherd, wo der Schorf noch am festesten aufliegt, sind die obersten Epithelzellen platt zusammengedrückt, ohne pathologisch verändert zu sein. Viele Mitosen in den basalen Lagen. In den Randbezirken einer Seite finden sich wenige Wanderzellen im Epithel. Frei in der Cutis sind sehr wenige mehr zu konstatieren, auch keine degenerativen Formveränderungen der fixen Gewebszellen. Unter diesen sind gleichfalls viele in Teilung begriffen.

Die Gefäfse stehen durch peritheliale Zellmanschetten mit einem reich anastomosierenden Netzwerke von zarten Gefäfssprossen in Verbindung, welche das noch ziemlich dichte Kollagen durchsetzen.

Bei früheren Versuchen einmaliger Ätzung sahen wir, dafs das Epithel in gröfserer Ausdehnung zu Grunde geht. Hier liegt der Schorf nach zehntägigem Excisionsintervall einem gesunden Epithel auf, das an seiner Basis dann und wann Mitosen erkennen läfst. Wir dürfen also dasselbe als teilweise neugebildet auffassen. Die Sprossungsvorgänge im Kollagen schliefslich bezeichnen die Organisation eines durch die Karbolnoxe veranlafsten Zerfallsherdes.

Gegenüber dem Tierversuche fällt auf, dafs die Regeneration des

Epithels und des Kollagens fast schon vollständig abgeschlossen ist. Das erklärt sich durch die erheblich günstigeren Cirkulationsverhältnisse der menschlichen Haut gegenüber denjenigen des Meerschweinchenohres.

Durch die letzten vier Versuche waren die Vorgänge bei der Regeneration genügend klargestellt, und es schien mir nur noch wünschenswert, einen Parallelversuch zu dem überraschenden dreizehnten Versuch zur Untersuchung zu bekommen. Ich führte daher den nächsten Versuch, wie folgt, aus.

XVI. Versuch.

Einmalige Karbolätzung punktförmig an der Innenseite des Kaninchenohres. Zur Ätzung wird eine Stelle in der Mitte der Ohrmuschel gewählt, welche annähernd haarlos ist. Excision nach 21 Tagen.

Die ganze Ätzung ist von einem leicht abbröckelnden, dünnen Schorf bedeckt, dem Reste einer Hornschicht anhaften.

Schon bei ganz schwacher Vergrößerung markiert sich noch ein eingedellter zentraler Herd und beiderseits ein Entzündungshof. Über dem einen Flügel des Entzündungshofes ist der Schorf in feinkörniger Abbröckelung begriffen, über dem anderen ruht er noch als eine plastische Auflagerung, die der Hauptsache nach einen fast trockenen Abscefs darstellt, da die Leukotaxis eine nicht bedeutende Serotaxis bei weitem überwiegt. Unter beiden Flügeln des Entzündungshofes befindet sich je eine dicke Epithelleiste mit neugebildeter Hornschicht. Die eine befindet sich mit dem Epithel einer eingesprengten Talgdrüse nach der Tiefe zu in Proliferation und läfst in den basalen Lagen Mitosen erkennen. Beide laufen in die Mitte, gegen den Ätzherd zu, spitz aus. Hier fällt der Schorf in gröfserer Ausdehnung mit dem zerstörten Epithel zusammen und stellt eine, in der Dicke dem Epithel entsprechende, vollständig destrukturierte, verklumpte Leiste dar, die sehr leicht ausbröckelt, wodurch die Lederhaut frei zu Tage tritt. In den anstofsenden Bezirken der Lederhaut fällt die zur Oberfläche parallele Gruppierung der fixen Gewebszellen auf, welche dann und wann Lumina aufweisen. Im allgemeinen ist die Cutis unter der Ätzung in ein zellreiches Granulationsgewebe umgewandelt. Dasselbe besteht vorwiegend aus Spindelzellen und spärlichen Kapillarsprossen. Eingestreut finden sich in ihrer Gröfse sehr verschiedene Plasmazellen. Die gröfseren ähneln Korbzellen oder sind thatsächlich solche. Das Protoplasma dieser gröfseren Zellen läfst bei 850facher Vergrößerung keinen spongiös-wabigen Bau erkennen, sondern präsentiert sich als Granoplasma.

Das ältere Kollagen erscheint dabei grobschollig homogenisiert und tingiert sich bei nicht-spezifischen Färbungen leicht mit. Das jüngere zeigt den Bau eines sehr unregelmäfsigen Netzes, in welchem sehr viele

Gewebslücken (Lymphspalten) auftreten. Das Gewebe ist hier sehr zart und erfordert beim Schneiden besondere Sorgfalt, um es zu erhalten.

Während wir bei anderen Tierversuchen bemerkt haben, dafs die Epithelneubildung hauptsächlich von der Stachelschicht der Haarbälge ausgeht, sehen wir sie hier auch vom Deckepithel, sowie vom Talgdrüsenepithel ihren Ausgang nehmen.

Es befremdet uns im Versuche, dafs es innerhalb drei Wochen noch nicht zu einem vollständigen Epithelersatz gekommen ist. Die Erklärung giebt sich ohne weiteres eben dadurch, dafs die Stelle der Ätzung, mehr nach der Mitte der Ohrmuschel zu gewählt, nur von sehr spärlichen Lanugohaaren besetzt war. Der Versuch liefert also den negativen Beweis dafür, dafs die Epithelregeneration im wesentlichen, bezw. besonders prompt von der Stachelschicht der Haarbälge ausgeht, für den Praktiker eine zu beherzigende Thatsache. Diese Resultate des Tierversuches, auf den Menschen übertragen,[23] was hier gewifs gestattet ist, zeigen uns, wo wir eine Karbolätzung mit Aussicht auf rasche Vernarbung anwenden können und wo nicht.

Fassen wir noch einmal kurz die Resultate dieser Gruppe unter Mitverwertung früherer Versuche, insbesondere der Versuche XI und XII, zusammen, so ergiebt sich:

Der durch die Ätzung entstehende Defekt wird 1. durch seitliche Einsprossung von Epithel aus der Nachbarschaft gedeckt, oder auch 2. durch Nachrücken von Epithel von unten, 3. durch Unterwachsung des Schorfes, wobei sich das benachbarte Epithel in behaarten Gegenden mit der Stachelschicht der Haarbälge und der Talgdrüsen zu gemeinsamer Proliferation vereinigt. In behaarten Gegenden findet der Ersatz besonders rasch statt.

Damit gehen Hand in Hand die Regenerationsvorgänge in der Cutis, an der menschlichen Haut durch die günstigeren Cirkulationsbedingungen rascher, als am Kaninchenohr.

Diese Regenerationsvorgänge bestehen in Abführung der Kerntrümmer, Wucherung und Teilung der fixen Gewebszellen und Organisation der geschädigten Bezirke durch einsprossende Kapillaren.

IV. Versuchsgruppe.

Postmortale Ätzungen auf excidierte menschliche Haut. Gewissermafsen als Kontrole der Ätzwirkung des Karbols wurden noch drei weitere Ätzungen an toter Haut angebracht, da sich erwarten liefs,

[23] In der That habe ich in der Unnaschen Klinik Gelegenheit gehabt, das Tierexperiment am Menschen bestätigt zu finden, insofern bei Karbolätzungen in der Bartgegend eine ideale, nicht vertiefte und prompte Narbenbildung erzielt wurde. Damit stimmen auch die bekannten Wahrnehmungen überein, dafs Verletzungen auf der behaarten Kopfhaut besonders schnell verheilen.

dafs bei den Eigenschaften des Karbols, Eiweifs zu fällen und Wasser anzuziehen, sich auch an totem Gewebe Veränderungen zeigen würden.

XVII. Versuch.

Betupfen eines excidierten Hautstückchens von der menschlichen Gesichtshaut auf der Fläche mit Acidum carbolicum liquefactum gleich nach der Excision. Zum Vergleiche gebe ich auch den normalen Befund der Umgebung.

Normale Seite.	Geätzte Seite.
Hornschicht	
ziemlich hoch;	abgeplattet, geschrumpft.
Übergangschicht	
Zellen weniger stark gefärbt;	Zellkörper sehr stark gefärbt, von plattgedrückter Form.
Keratohyalin	
	zeigt keine auffallende Färbungsdifferenz.
Intercellularräume	
nicht stark hervortretend;	treten sehr stark hervor dadurch, dafs sich die Randzonen der Zellen (der Übergangsschicht) stark tingieren.
Stachelschicht	
normal;	höher als normal. Das Epithelbild wird zierlicher, übersichtlicher durch die scharfe Abgrenzung der Intercellularräume.
Cutis	
normal	normal.

Diese Veränderungen waren mit schwacher Vergröfserung nicht, sondern erst mit $^1/_{12}$ Immersion deutlich wahrzunehmen. Der Befund besitzt grofse Ähnlichkeit mit dem Versuch einmaliger Ätzung, welcher sofort die Excision folgte, nur sind die Veränderungen hier unbedeutender. Er bietet nichts Interessantes, als eben die Thatsache, dafs es möglich ist, auch an toter Haut noch eine Ätzwirkung hervorzurufen, was uns nicht wundert. Die Bedingungen dazu sind ja in dem eiweifshaltigen, noch wasserreichen Gewebe gegeben.

XVIII. und XIX. Versuch.

Zwei weitere Versuche wurde in der Weise unternommen, dafs Stücke von der Fufssohlenhaut frischer Leichen auf einem Querschnitt mit Karbol verschorft wurden, und zwar wurde dazu

die Fufssohlenhaut eines (einjährigen) Kindes, sowie die eines Erwachsenen (36jährigen Mannes) gewählt. Wir können die Resultate dieser beiden Versuche zusammen mitteilen, da sich die Befunde vollständig decken.

Die gequollene Hornschicht schiebt sich über die Körnerschicht vor, deren Keratohyalin, soweit die Ätzung von der Seite eindringt, stark aufgehellt, fast geschwunden ist. Ebenso ist das Epithel namentlich durch Quellung des Protoplasmas verbreitert. Intercellularräume sind nicht mehr zu isolieren. Epithelkerne, soweit sie vom Querschnitt getroffen oder demselben nahe anliegen, teils geschrumpft, teils bucklig geschwollen, und zwar kann man die Schrumpfung und bucklige Auftreibung am selben Kerne nebeneinander sehen. Weiter entfernt von der direkten Verätzung Kerne exquisit wabig, vakuolenartig aufgetrieben, im ganzen vergröfsert, zu Ovoiden gebläht. Die verschieden grofsen, kugelförmig aufgetriebenen Waben treten vielfach über den Kontur des Ovoids heraus und führen zu unregelmäfsigen Maulbeer- oder Traubenformen der Zellen.

Genau dieselbe Veränderung erleiden die Kerne der Bindegewebszellen und namentlich der Gefäfsendothelien (cf. Fig. 4).

Am besten treten die Veränderungen am einfachen Hämatoxylinpräparat hervor. Spezifische Chromatin- und Protoplasmafärbungen haben den Nachteil, dafs man zum Deutlichmachen der Veränderungen so stark entfärben mufs, dafs das normale Gewebe fast entfärbt ist und so keinen genauen Vergleich mehr zuläfst.

Das Kollagen scheint sich unter der Verätzung stärker zu tingieren,[24] wulstet sich pilzartig über die Schnittfläche vor, erscheint verschorft und gequollen und ist durchweg in eine aus zahllosen, mehrkämmerigen Vakuolen gebildete, schwammartig aussehende Masse umgewandelt. Das Protoplasma der Bindegewebszellen läfst sich vom gequollenen Kollagen nicht mehr isolieren.

Das Epithel zeigt nur ganz am Rande, etwa durch sechs bis sieben nebeneinanderliegende Zellenlagen vom Querschnitte aus, diese Veränderungen. Viel intensiver vermag die Karbolsäure auf und durch die Cutis einzuwirken. Eingesprengte Stachelepithelien zeigen hier die angegebene Kernveränderung noch sehr deutlich, wo bereits direkt darüber und gegen den Querschnitt zu die Stachelschicht vollständig normal erscheint.

Am Fettgewebe fällt das Annehmen einer Färbung auf, während

[24] Die Tinktion des Kollagens ist wohl nur eine scheinbare und vermutlich durch das Durchscheinen der feinen, stark gefärbten Waben- oder Vakuolenwände aus der Tiefe des Schnittes veranlafst. Aus demselben Grunde erscheinen augenscheinlich auch einzelne Waben der Zellkerne selbst gefärbt. Daneben hat man es auch mit Schattenbildern zu thun, was deutlich wird, wenn man die Lampe vor dem Mikroskop verschiebt.

das normale sich gar nicht färbt. Es bildet im Durchschnitt keine Kreise mehr, sondern annähernd Rautenform. Die Septen umschliefsen den Inhalt nicht mehr prall, sondern in welligem, gekräuseltem Verlauf, ohne dafs jedoch Lücken dazwischen entstehen. Der Inhalt ist also mehr geschrumpft, als die Hülle. (Möglicherweise, dafs die Karbolsäure ein Lösungsvermögen für Fette besitzt.) Septen selbst nicht nachweisbar verändert. Kerne derselben weisen teils ebenfalls Maulbeerform, teils, und zwar vorwiegend, Schrumpfungs- und Austrocknungsformen auf.

Dieser typische Befund, wie er in der Abbildung 4 gegeben wurde, ist zelltheoretisch recht interessant. Ich wüfste nicht, mit welcher Anschauung von dem Bau der Zelle sich das Zustandekommen solcher Veränderungen vereinigen liefse, als eben mit der BÜTSCHLIschen Lehre vom wabenartigen Bau des Protoplasmas,[25] wenn man die Verhältnisse von der Ebene auf den Raum und von dem Plasma auf den Kern überträgt. Es ist dabei nicht anzunehmen, dafs diese, in den Kernen unter dem Einflusse der Ätzung auftretenden Wabenbildungen in der Gröfse den BÜTSCHLIschen Waben des normalen Plasmas entsprechen, da sie schon bei 510facher Vergröfserung deutlich zu sehen waren, während BÜTSCHLI erst mit erheblich stärkeren Systemen das Plasma wabig sieht, sondern man wird sich vorstellen, dafs bei dem durch die Karbolsäure angeregten Flüssigkeitswechsel, welcher auch post mortem noch stattfinden mufs (es handelt sich ja um den Kontakt hygroskopischer, wasseranziehender Flüssigkeit mit wasserhaltigem Gewebe), die Septen der Waben vielfach durch Platzen, unter Bildung gröfserer Hohlräume, zu Grunde gingen.

Weiterhin überraschen uns diese besprochenen Kernveränderungen durch ihr typisches Auftreten bei den postmortalen Querschnittsätzungen, während wir sie bei den Flächenätzungen auf lebender Haut höchst selten konstatieren konnten. Diese letzteren können aber nicht als Parallelversuche herangezogen werden, eben weil die Ätzung nicht auf dem Querschnitte angebracht wurde. Deshalb wurde ein weiterer,

XX. Versuch,

als Parallelversuch zum vorhergehenden angestellt. Rasiermesserschrägschnitt durch den Rand des Kaninchenohres. Sofortige Ätzung auf den Querschnitt. Ein Flöckchen Watte wird in den Grund des Schnittes eingekeilt, damit die Schnittflächen nicht verkleben. Wiederholung der Ätzung nach drei Stunden. Excision nach sechs Stunden. Schnitte senkrecht und parallel zum Rande des Ohrs. Man hat also von oben und unten Epithel; auf der einen Seite gesunde Cutis, auf der anderen geätzte in den Präparaten. Da es sich

[25] BÜTSCHLI, *Untersuchungen über mikroskopische Schäume und das Protoplasma.* (Leipzig, Engelmann. 1892.)

ja hier vorwiegend um die Qualität der Zellveränderung handelt, läfst sich der Tierversuch sehr wohl mit dem vorhergehenden vergleichen.

Nur wenige Epithel- und Bindegewebskerne zeigen eine solche Auftreibung der Wabenstruktur, wie sie für die postmortale Querschnittätzung charakteristisch ist. Am häufigsten und in relativ schönster Ausbildung aber nicht in der Ausdehnung findet sich diese Veränderung, ebenfalls wie im vorhergehenden Versuch, an den Endothelien der Gefäfse; immerhin aber erheblich häufiger, als bei der Flächenätzung. Aus dem Überwiegen der besprochenen Veränderungen bei der postmortalen Querschnittsätzung (Fig. 4) auf eine Verschiedenheit des Aggregatzustandes[26] des lebenden und toten Kerngerüstes (Wabenwände) zu schliefsen, erscheint mir bei den wenigen Versuchen nicht statthaft. Der eigentliche Parallelversuch: Querschnittsätzung auf lebender (Sohlen-) Haut steht ja noch aus. Ich registriere also einfach den Befund ohne Erklärungsversuch, aber auch ohne Hypothese.

Der übrige Befund dieses Versuches ist folgender:

Das Kollagen grobschollig, vollständig destrukturiert, quillt gallertartig über die Schnittfläche heraus, nimmt leichten Färbeton an und erscheint sehr zellarm. In der That ist von den meisten Bindegewebskernen hier nichts übrig geblieben, als feinste Chromatinkügelchen, eine Chromatorhexis, wie wir sie bisher noch kaum konstatiert haben. Andere sind geschrumpft, wieder andere eher gebläht, alle haben ihr Protoplasma verloren. Eine gute Epithelbreite nach einwärts von der Schnittfläche hat sich eine Reaktionszone ausgebildet in Gestalt eines dichten und breiten Leukocytenwalles, welcher zackenförmige Ausläufer in die Verschorfung schickt und das Gewebe nach hinten vollständig abschliefst. Nach rückwärts führen lange Leukocytenstrafsen, teils auch liegen sie frei im Gewebe, teils gruppieren sie sich um erweiterte Lymphspalten. Letztere sind oft zu gröfseren Lymphseen mit scholligem präcipitiertem Inhalt angewachsen.

Die gröfseren nächstliegenden Arterien und Venen sind stark ausgedehnt und in vorwiegend roter feinkörniger Thrombose. Von der Intima etlicher Arterien haben sich Endothelzellen losgelöst und in die Mitte des Lumens gelagert. Weiter entfernt Gefäfse in Stase. Das Zellbild beherrschen die polynukleären Leukocyten. Die fixen Kerne der Gewebszellen sind hinter dem Leukocytenwall teils geschrumpft mit teilweise erhaltenem und abzugrenzendem, aber ebenfalls geschrumpftem Protoplasma, teils sind sie gebläht und erscheinen nackt. In der Minderzahl lassen

---

[26] Bütschli denkt sich Wabenwand und Wabeninhalt der lebenden Zelle als flüssig. Die mikroskopischen Schäume, welche Bütschli mit Olivenöl und Kochsalz oder Rohrzucker erhielt und in Tafel III. 5 und 6, l. c. abbildet, haben grofse Ähnlichkeit mit den besprochenen Kernveränderungen (cf. Fig. 4).

sie die oben beschriebene vakuolenartige Auftreibung ihres Wabenbaues erkennen. Das Epithel zeigt zu beiden Seiten ebenfalls eine Strecke weit nach innen Verätzung: Ausfall der Protoplasmafärbung, chromatolytische, teils geschrumpfte, teils geblähte, noch ziemlich gut gefärbte Kerne. An der Basis des beiderseitigen Epithels sind die Kuppen der Papillen mit Leukocyten austapeziert. Die Verätzung, nicht die Verschorfung, scheint auch hier durch die Cutis etwas weiter vorzudringen, als durch das unversehrte Epithel.

Wir fassen die Resultate der Versuche dieser letzten Gruppe, welchen noch etliche Ätzungen lediglich zu Beobachtungszwecken beigefügt wurden, zusammen zu folgenden

Schlufsfolgerungen:

Das Acidum carbolicum liquefactum ist ein nicht sehr tief wirkendes Ätzmittel, welches sich durch schöne und prompte Narbenbildung auszeichnet, insbesondere dann, wenn die Ätzung an behaarten Gegenden ausgeführt wird. Seine Wirkung an menschlicher Haut ist nicht so tiefgehend, wie am Kaninchenohr.

Gründe: 1. Das Epithel der menschlichen Oberhaut ist dicker, besitzt mehr Zelllagen übereinander, als das Kaninchenohr.

2. Die Cirkulationsverhältnisse, die Möglichkeit der Ausbildung von Kollateralen sind an menschlicher Haut günstiger, als am Kaninchenohr. Gröfsere Gefäfse liegen in dem letzteren oberflächlicher, als bei der menschlichen Haut. Daher kann beim Kaninchenohr eine indirekte Karbolgangrän eintreten durch Thrombose gröfserer Gefäfse.

Bei menschlicher Haut kommt es nicht zu indirekter Gangrän trotz dem Zustandekommen von kapillaren Thrombosen (in 20 % der Fälle). Stasen sind ein regelmäfsiger Befund bei der Ätzung.

Das Acidum carbolicum liquefactum verschorft beim Menschen nur das Epithel, beim Kaninchen auch einen Teil der Cutis. Dieser Effekt wird beim Menschen im günstigsten Fall schon bei einmaliger Ätzung, mit Sicherheit aber bei dreimaliger, täglich einmal applizierter Ätzung erreicht.

Gründe: Bei der einmaligen Ätzung wird keineswegs das Epithel in seiner ganzen Dicke verätzt, sondern es bleiben, entsprechend den Niveaudifferenzen der Oberhaut, einzelne nicht verätzte Bezirke im Grunde der Ätzung stehen. Von diesen Bezirken aus kommt sehr rasch eine Proliferation von neuem Epithel unter dem Schorf zu stande, andererseits sammeln

sich hier Leukocyten in Masse an, so dafs bei weiteren Ätzungen schon verschorftes Gewebe mit den basalen leukocytären An- und Einlagerungen, sowie neugebildetes Epithel verätzt werden. Im gesunden Epithel scheint das Karbol besser diffundieren zu können, als in schon verätztem Gewebe, daher breitet sich die Verschorfung bei weiteren Ätzungen mehr nach der Fläche, als nach der Tiefe aus, und der Schorf wird geradezu undurchlässig für weiteres Karbol.

Es erzeugt dabei einen nekrotischen Schorf, dessen Struktur im grofsen ganzen erhalten ist und welcher unter dem Bilde des trockenen Brandes mehr und mehr der Verhornung, Mumifikation (ISIDOR NEUMANN), anheimfällt.

Im Zentrum der Ätzung ist die Nekrose am tiefsten. In den Randpartien entsteht durch Diffussion des Karbols auf der Oberfläche eine Zone abgeschwächter Wirkung und sekundärer Leukotaxis. Somit ist ein Unterschied von Ätzherd und Entzündungshof gegeben. Die Leukotaxis ist nicht primär durch das Karbol veranlafst, sondern eine Folge des örtlichen Gewebstodes, wobei das verschorfte Gewebe als Fremdkörper zu wirken beginnt. Das Karbol selbst wirkt direkt schädigend auf die Auswanderung, resp. auf die Lokomotion von Leukocyten. (PRUDDEN u. a.) Bei der Ätzung entsteht eine typische Ätzfigur, unter welcher das Gewebe nekrotisch ausfällt. Die Ätzfigur stellt bei der punktförmigen Ätzung ein flaches Kugelsegment dar, dessen tiefster Punkt dem Zentrum der Ätzung entspricht: das Epithel büfst im Zentrum alle Schichten ein, an der Peripherie zunehmend weniger. Gröfere rundliche Ätzungen bewirken somit im Epithel eine ungefähr tellerförmige Nekrose. In der menschlichen Cutis bewirkt das Karbol zwar regelmäfsig wiederkehrende Zell- und Kollagenveränderungen, allein es kommt nicht zu einem nekrotischen Totalausfall des Gewebes. Nicht konstant ist in der Tiefe Ödem, namentlich zelluläres, zu beobachten (Korbzellen).

Die Wirkung des Karbols auf die einzelne Zelle äufsert sich in verschiedener Weise, sie erklärt sich durch die Eiweifsfällung, die Wasseranziehung und Verdunstung, schliefslich durch eine reduzierende Wirkung des Ätzmittels.

Das Karbol schädigt in erster Linie das Protoplasma, in zweiter die Kerne; die Kerne des Epithels der Form nach weniger, als die der Cutis. Im Epithel charakterisiert sich die Wirkung des Karbols zunächst als eine abnorm rasche Verhornung, ohne dafs aber dabei die Zellen eine so starke Abplattung erfahren, wie bei der normalen Verhornung. Im Endstadium ist eine Struktur

nicht mehr durch Färbedifferenz von Kern und Plasma zu erkennen, sondern lediglich durch verschiedenes Lichtbrechungsvermögen, wobei die Kerne das Licht stärker als das Plasma brechen.

Die Kernveränderungen sind sowohl im Epithel, als in der Lederhaut typisch wiederkehrende, bei Mensch und Tier dieselben. Sie sind im Epithel durch Zertrümmerung des Chromatins zu feinen und feinsten Bröckeln oder Tröpfchen bei erhaltener und mehr oder weniger als in der Norm ausgedehnter Kernhülle (Chromatolysis) (Fig. 5) gekennzeichnet. In der Cutis sind die Schrumpfungsformen vorherrschend: die Chromatinabbröckelung und Zerstäubung zu mehr oder weniger kleinen Fragmenten (Fragmentierung der Kerne, Chromatorhexis), die Abschmelzung und die fädige Ausziehung, Chromatotexis, die Lösung oder Suspendierung des Chromatins und Ablagerung in die Zellpole: (Fig. 6) Chromatolysis. Bei dem letzten Vorgange ist die Kernhülle als Ganzes noch erhalten. Schliefslich einerseits vollständige Schrumpfung, andererseits mehr oder weniger grofswabige Auftreibung der Kerne (cf. Fig. 4) teils mit, teils ohne buckelförmige Ausbuchtung des Zellkonturs. (Letztere Formen sind insbesondere häufig bei den postmortalen Querschnittsätzungen, bei Ätzungen an lebenden sind sie seltener.) Das Kollagen zeigt eine Verwischung der fibrillären Struktur, es wird dichter, homogener. Das Elastin wird nicht nachweisbar angegriffen. Karbol hat nicht die Fähigkeit, Elastin in Elacin umzuwandeln. Einen direkt pigmentzerstörenden Einflufs besitzt das Karbol in keiner Weise. Epitheliale Pigmentationen können nur insofern durch Karbol beseitigt werden, als das geätzte Epithel mit seinen Pigmenteinlagerungen nekrotisch abgestofsen wird.

Die Regeneration geht in typischer Weise vor sich:

Von seiten des Epithels: durch Proliferation erhaltenen Epithels von unten und von der Seite her. Besonders prompt findet eine Unterschichtung des Schorfes in behaarten Gegenden statt, wo die Epithelneubildung vorwiegend von der Stachelschicht eingestreuter Haarbälge ausgeht, welche sich mit dem erhaltenen Deckepithel der Randbezirke zu gemeinsamer Proliferation verbindet.

Von seiten der Cutis: durch Abführung der Kerntrümmer, Auftreten von Granulationsgewebe, Ausbildung des spongioplastischen Typus unter Mitosenbildungen und Beibehaltung der Spindelform, durch Doppeltkonturierung der Gefäfse mit Spindelzellen, seltener Plasmazellen, und Organisation des geschädigten Bezirkes vermittelst einsprossender Kapillaren.

Die Abstofsung des Karbolschorfes kann, als einfache Folge der Retraktion des austrocknenden Schorfes, teilweise schon

nach 24 Stunden erfolgen, auch ganz (ohne demarkierende Leukocytose); meist geschieht sie erheblich später, selten vor dem zwölften Tage. Neben den Kräften, welche nach den gültigen Anschauungen die Abstoßung der Schorfe besorgen,[27] sind bei dem festen und spröden Karbolschorf die Bedingungen für eine mechanische (Spreng-) Wirkung der Leukocytose im einzelnen und en masse gegeben. Diese stellt sich mir folgendermaßen dar:

1. Der Karbolschorf ist impermigrabel für Leukocyten, bezw. nur in seinen untersten basalen Schichten durchgängig (cf. Fig. I). Der einzelne Leukocyt nimmt eben, indem er aus dem Epithel austritt und seine Fortsätze an sich zieht, allmählich Kugelgestalt an, eine Form, welche ihn als kontraktilen Körper befähigt, durch zunehmende Oberflächenspannung Sprengwirkung auszuüben. Voraussetzung ist, daß er weder nach oben, noch nach unten ausweichen kann. Kann er nach oben ausweichen, so findet
2. durch Ansammlung von Leukocyten en masse in die basalen Schichten des Schorfes eine Sprengwirkung durch Drucksteigerung statt (cf. Fig. III), welche Einrisse in den Schorf zur Folge hat.

Eine definitive Abstoßung wird durch die mechanische Wirkung der Leukocyten für sich allein kaum erzielt, sondern die verschiedenen Momente unterstützen und ergänzen sich wechselseitig.

In letzter Linie wird der Karbolschorf durch die bei der normalen Desquamation in Betracht kommenden Kräfte abgehoben. Geht die Verschorfung, wie beim Kaninchenohr, bis in die Cutis, so verbinden den Schorf mit seiner Unterlage schließlich noch einzelne, mehr oder weniger breite brücken- und fadenförmige Adhäsionen, welche der Hauptsache nach aus Elastin bestehen und den genannten physikalisch-chemischen Kräften am längsten standhalten.

Die Abstoßung des Schorfes erfolgt gemeinhin nicht früher, als bis die Unterlage durchaus den Charakter eines jugendlichen Deckepithels angenommen hat.

An Stelle der Ätzung bleibt eine schwach pigmentierte, nicht, oder kaum vertiefte Narbe, deren Pigment im Verlaufe von zwei bis drei Monaten fast vollständig verschwindet.

---

[27] Diese Kräfte sind:

I. Physikalische:
   1. Die durch die Austrocknung bedingte Retraktion des Schorfes (sie wirkt zentripedal gegen das Ätzzentrum).
   2. Die Epitheluntersichtung des Schorfes von den Seiten (wirkt in demselben Sinne keilartig nach innen).
   3. Der Epithelnachschub von unten (wirkt durch vermehrte Konvexität der Unterlage zugleich durch zunehmende Oberflächenspannung vom Zentrum der Ätzung aus in zentrifugaler Richtung).

II. Chemische:
   4. Die peptische, histolytische Wirkung (Leber, Davies) der Leukocytose.

Gesamtrückblick.

Das Acidum carbolicum liquefactum bewirkt an der gesunden menschlichen Haut eine Verschorfung, welche eben das Epithel durchbricht, aber kaum tiefer geht, als bis an die obere Grenze des Papillarkörpers, unter dem Bilde des trockenen Brandes der Mumifikation anheimfällt und eine nicht, oder kaum vertiefte pigmentierte Narbe hinterläfst, deren Pigment nach ca. drei Monaten fast ganz verschwindet. Die Abheilung ist in behaarten Gegenden besonders prompt.

Bemerkungen für die Praxis.

Die Indikationen für die Karbolätzung ergeben sich aus dem Gesagten von selbst. Für krankhafte Prozesse, welche sich in der Cutis abspielen, eignet sich das Karbol nicht, wohl aber könnte man hier mit einem Ätzmittel, das die Hornschicht lockert oder zerstört, etwa liquor Kalii oder Ammonii caustici, die Haut „aufmachen" und dann mit Karbol nachätzen. Wegen der Gefahr allgemeiner Intoxikation ist vor zu ausgedehnter flächenhafter Anwendung zu warnen.

Gröfsere als zweimark- bis thalergrofse Ätzungen sollten in einer Sitzung zunächst nicht appliziert werden. (Der Organismus gewöhnt sich an Karbol.) Es empfiehlt sich, die Verheilung nicht der Natur zu überlassen, wenn man, wie z. B. im Gesicht, kosmetische Resultate erzielen will.. Gerade die in behaarten Teilen so besonders prompte Überhäutung durch Epitheliunterschichtung des Schorfes kann dazu führen, dafs die Abheilung auf einem tieferen Niveau als die übrige Haut erfolgt. Vom kosmetischen Gesichtspunkte aus ist demnach gewissermafsen die secunda intentio wünschenswerter, als die prima. Man nehme daher den Schorf ab, oder suche ihn durch Auflegen dick mit Vaselin bestrichener und mit Guttaperchapapier bedeckter Salbenläppchen, durch Anlegen feuchter Dunstverbände mit dünnen Ichthyol- oder essigsaurer Thonerdelösungen zu rascherer Abstofsung zu bringen, und leite dann die Abheilung durch granulationsbefördernde Mittel, die keine zu rasche Überhornung bewirken. Am Platze sind Quecksilberkarbol- oder Salicylcanabispflastermull, Fortsetzung der feuchten oder der Salbendunstverbände, Salicyl- und Ichthyolfirnisse, kurz jede Form des Dunstverbandes. Direkt unzweckmäfsig sind hier die austrocknenden Verbände. Hat man die Ätzung im Gesicht angewandt, so empfiehlt sich als Schlufs der Behandlung eine Schälkur des ganzen Gesichtes.

Es wäre interessant, weitere Untersuchungen und Beobachtungen darüber anzustellen, ob sich nicht die Wirkung eines Ätzmittels durch Anwendung stärkerer Verdünnungen mehr vertiefen liefse, von welchen

man die Vorstellung haben kann, dafs sie das Gewebseiweifs weniger prompt und weniger intensiv, aber vielleicht in gröfserer Ausdehnung, nicht so lokal, wie die konzentrierten Lösungen, zur Fällung bringen und sich nicht, wie die konzentrierte Karbollösung, durch die stürmische Eiweifsbindung selbst eine Grenze ihrer Tiefenwirkung setzen.

Tafelerklärung.

Fig. I. Verschorfung nach fünfmaliger Karbolätzung auf menschliche Rückenhaut, Excision nach 48 Stunden. (Hämatoxylin-Karbolfuchsin-Präparat.)

s. Glasig aufgehellter Schorf mit noch deutlichen Zellkernen.

ep. Epithel in Proliferation.

k. Keratohyalin.

l. Leukocyten.

Fig. II. Einmalige Karbolätzung excidiert nach 24 Stunden. (Rückenhaut des Menschen, Hämatoxylin-Alaun-Präparat.)

e. Erhaltenes Epithel, an welchem die Verätzung schichtenweise in die Tiefe steigt.

l. Leukocyten.

s. Schorf, nimmt rechts im Bild die ganze Dicke des Epithels ein; einzelne Kerne noch deutlich.

sb. Durch die Retraktion des Schorfes entstandene „Schichtungsblase".

Fig. III. Viermalige Karbolätzung auf die Haut des menschlichen Vorderarmes, excidiert 24 Stunden nach der letzten Ätzung. Schnitte senkrecht im Durchmesser der punktförmigen Ätzung. (Methylenblau-Präparat.) Entfärbung in Xylol + Alkohol-Anilin-Alaun.

C.A.S. Zentraler Ätzherd, verschorft, glasig aufgehellt; diesen flankiert zu beiden der symmetrische

eh. Entzündungshof. Der Schorf (*S*) besteht im zentralen Herd (*C.A.S*) lediglich aus dem nekrotisierten Epithel, im Hof (*eh*) teils aus leukotaktisch abgehobenem, nekrotisiertem Epithel (*ne*), teils (*l*) aus Leukocyten.

ac. Abgeplattetes, intaktes Epithel verliert, wie in Fig. II, beiderseits gegen den Ätzherd zu mehr und mehr an Mächtigkeit der Lagen. Kerne der Stachelzellen unter dem Druck des Exsudates noch vertikal gestellt.

Fig. IV zeigt etliche maulbeerförmig vakuolisierte und geblähte Zellkerne des Bindegewebes von einer postmortalen Karbolätzung, welche auf dem Querschnitte der Fufssohle eines einjährigen Kindes eine Stunde nach der Excision angebracht wurde.

Fig. V. Geblähte Epithelkerne aus dem glasig mumifizierten Herd. Nucleoli in Chromatolysis. Die Chromatintröpfchen legen sich teils einfach an die Innenwand der Kernhülle, teils buchten sie dieselbe bucklig aus.

Fig. VI. Bindegewebskerne in Chromatolysis. Das Chromatin hat sich entweder gelöst oder, fein verteilt, an den Zellpolen abgesackt.

Fig. VII. Drei Korbzellen, eine davon in Proliferation mit Chromatineinschlüssen (*ce*) an den Knotenpunkten der Wabenwände. Sie sind einer Zone in der Lederhaut entnommen, in welcher zuvor ein lebhafter Kern-

zerfall statthatte. (Die Wabenwände schimmern durch den Kern durch.)

Fig. VIII. 21malige Karbolätzung an der Innenseite des Kaninchenohres, excidiert am zweiundzwanzigsten Tag. (Hämatoxylin-Karbolfuchsin-Präparat.)

s. Schorf.

ek. Den Schorf unterwachsende, von der Stachelschicht der Haarbälge ausgehende Epithelneubildung mit

h. neugebildeter Hornschicht,

k. reicher Keratohyalinbildung und

p. proliferierenden in die Tiefe wuchernden Epithelzapfen.

Die Schnitte Fig. I, II, III und VIII sind gezeichnet bei Leitz III, Ok. I. (Vergr. 57.)

Die Figuren V und VI bei Leitz VII, Ok. I. (Vergr. 330.)

Die Figuren IV und VII bei Leitz Ölimmers. 1/12. Ok. IV. (Vergr. 850.)

Aus der Praxis.

Ein Fall von Duhringscher Krankheit (Dermatitis herpetiformis).

Von

Dr. E. Heuss in Zürich.

Am 27. August 1892 konsultierte mich Frau A., die Gattin eines höheren Beamten in Zürich, wegen eines Ausschlages ihres 17 Monate alten Knaben.

Die Anamnese ergab, dafs die Krankheit zum ersten Male vor ca. acht Wochen ohne nachweisbare Ursache aufgetreten war. Damals bemerkte die Mutter zufällig eines Morgens beim Anziehen ihres Kleinen an dessen Nacken eine Anzahl harter, roter, etwa stecknadelkopfgrofser Knötchen. Tags zuvor sei der Knabe noch vollständig gesund gewesen, in der Nacht vielleicht etwas unruhiger als sonst, d. h. er habe sich im Bettchen häufig unruhig umhergewälzt, habe im Schlafe öfters aufgeschrieen; doch sei das bei dem überaus lebhaften Kinde nichts Ungewöhnliches. Im Verlaufe der nächsten Tage seien auch am übrigen Körper, da, dort ein Knötchen, eine Knötchengruppe aufgeschossen, auch einige Bläschen. Der Kleine habe sich zwar heftig gekratzt; da er aber im übrigen wohlauf war und guten Appetit zeigte, so wurde kein Arzt gerufen. Der „Hitzausschlag" (als welchen die Mutter denselben taxierte) verschwand innerhalb zwei Wochen unter Gebrauch von Zinksalbe, teilweise mit Zurücklassen von braunen Flecken. — Vor 14 Tagen wiederholte sich der Fall, ebenso rasch von einem Tage auf den anderen. Der hierauf zu Rate gezogene Familienarzt sah die Krankheit als ein Ekzem an und verordnete eine Schwefelsalbe. Anfangs schien dieselbe günstig zu wirken: es entstanden keine neue Stellen mehr, die alten begannen abzublassen und einzusinken, als plötzlich vor zwei Tagen ein neuer Schub auftrat, so dafs die Eltern sich entschlossen, mich zu konsultieren.

Status. (2. Recidiv.) Etwas schmächtiger, sonst gut entwickelter Knabe von blasser Gesichtsfarbe. Atmung und Puls normal. Der kleine, intelligent aufblickende Kerl ist vom Kopf bis zu den Füfsen von einem krausen pêle-mêle von roten und braunen Flecken, Knötchen, Bläschen, Blasen, Krusten, strichförmigen

Kratzeffekten bedeckt; immerhin haben die knötchen- und bläschenförmigen Gebilde die Oberhand. Ganz frei sind nur Genitalgegend und Analfalten, schwach befallen Kopf, Vorderseite des Halses, Achselhöhlen, das Schenkeldreieck, sowie Palmae und Plantae, am intensivsten die Extremitäten, besonders die unteren, und hiervon wieder mehr die Streckseiten. — Teils stehen die einzelnen Efflorescensen ganz regellos isoliert, ohne bestimmte Lagerung, sei es in Bezug auf ihr Verhältnis zu einander, oder zum anatomischen Bau der Haut: Spaltungslinien, Drüsen, Verlauf der Nerven und Gefäfse etc.; teils stehen sie, besonders am Rumpf, zu 6, 8, 10 und mehr in unregelmäfsigen Gruppen, Kreisen und bogenförmigen Figuren zusammen; an einigen Stellen (Wangen, rechter Schulter) bilden 3, 4 Efflorescenzen eine fast gerade Linie. — Fast überall (d. h. abgesehen von Anal- und Genitalgegend, dann Palmae und Plantae, sowie Gesicht), am reichlichsten auf Hand- und Fufsrücken, sind die Knötchen: stecknadelkopf bis linsengrofse, schwach bis lebhaft rote, etwas glänzende Gebilde von derber Beschaffenheit, spitz bis halbkugelig, oft eher zu fühlen, als zu sehen, ganz an Prurigoknötchen erinnernd. Einige Papeln tragen auf ihrer Spitze ein feines Schüppchen, andere ein Bläschen, wieder andere ein schwarzbraunes Börkchen. Teils erheben sie sich auf ganz normaler Haut (Bauch), teils (Handrücken, Nacken) ist die unterliegende Haut ziemlich derb infiltriert. Vereinzelte quaddelähnliche Gebilde auf Rücken und Glutaealgegend. — Die Bläschen (Gesicht, Bauch, Lenden, Glutaei, Palmae und Plantae) sind bis erbsengrofs, meist lebhaft rot gehöftet, doch auch anscheinend vollständig normaler Haut aufsitzend, spitz bis halbkugelig vorgewölbt, rundlich, oval, kantig vorspringend, mit wasserklarem oder wolkigem bis eiterigem Inhalt, vereinzelt oder in Gruppen (Schultern, Extremitäten), doch nie ineinander überfliefsend. An manchen Partien sind sie eingetrocknet mit Hinterlassung einer schmutzig-gelben, fest aufsitzenden Borke, an anderen Stellen geplatzt oder aufgekratzt mit Auflagerung von dicken, gelbbräunlichen bis braunschwarzen Krüstchen und Krusten (z. B. Streckseite der Extremitäten, Capillitium). Nach Abheben derselben kommt eine oft leicht blutende, rotglänzende, feuchte Fläche zum Vorschein. Zahlreiche Bläschen mit wolkig getrübtem bis eiterigem Inhalt sitzen auf Handrücken, Interdigitalfalten, vereinzelte bis erbsengrofse auf den Palmae, so dafs die Affektion einem skabiösen Ekzem täuschend ähnlich sieht. Eine kirschgrofse, halbkugelig sich vorwölbende Blase mit wasserklarem Inhalt auf normaler Haut in linker Lendengegend, daneben eine etwas kleinere, mit zackig hervorspringenden Rändern, ebenfalls nicht gehöftet. Solche Blasen sollen (nach Aussage der Mutter), innerhalb weniger Stunden entstehen, leicht platzen und verschwinden, ohne eine Spur zu hinterlassen. Vereinzelte Pigmentflecke am Rumpf und unteren Extremitäten. Sie bilden meist einzelnstehende, rundliche, gelb- bis dunkelbraune (untere Extremitäten, Nacken, bis kirschgrofse Flecke. An einigen ist der Rand etwas intensiver gefärbt, das Zentrum blasser, etwas eingesunken, die feinen Hautfurchen verstrichen, eine zarte, flache Narbe bildend. Zahlreiche strichförmige, teilweise pigmentierte Kratzeffekte am Körper, besonders an Rumpf und Oberschenkeln.

Bemerkenswert war das Verhalten einiger Finger- und Zehennägel. Während die übrigen Nägel keine Veränderung erkennen lassen, sind die des kleinen Fingers links, des Daumens und Zeigefingers rechts, sowie der dritten rechten und zweiten linken Zehe von dem Nagelblatt mehr oder weniger abgehoben, glanzlos, undurchsichtig, schmutzig-weifs, mörtelartig bröckelnd, von einem frischen, dünnen, anscheinend gesunden Nagelsaume nach vorn geschoben. Die Umgebung der Nägel (Falz, Matrix etc.) zeigen keine entzündliche Veränderungen.

An den angrenzenden Schleimhäuten (Augen, Nase, Rachen, Anus) lassen sich keine Veränderungen konstatieren. Nacken-, Axillar- und Leistendrüsen geschwollen

bis bohnengroſs, leicht beweglich, nicht druckempfindlich. Die Haut ist im übrigen trocken, kein autographisches Phänomen erzeugbar, die Hautreflexe (soweit eine Prüfung möglich) normal; keine Phimosis. Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt nichts Pathologisches. Stuhl regelmäſsig, von normaler Beschaffenheit, keine Würmer. Fontanelle geschlossen, Knochen gut entwickelt; von Zähnen bis jetzt nur die vorderen, 4 obere und 2 untere Schneidezähne entwickelt. Im Urin (während des Anfalls untersucht) kein Eiweiſs, kein Zucker. Der Appetit ist mäſsig, doch sei er nie stark gewesen. — Patient kam zur richtigen Zeit, vollständig entwickelt und gesund, auf die Welt, war bis auf eine leichte Bronchitis im verflossenen Winter und zeitweiliger Neigung zu Diarrhoen stets gesund; ist noch nicht geimpft. — Das einzige, siebenjährige Schwesterchen ist gesund. Eltern gesund, an keiner konstitutionellen Krankheit leidend, nicht „nervös", in guten Verhältnissen lebend. Weder sie, noch Groſseltern litten je an Hautkrankheiten.

Die Untersuchung des fast wasserklaren Inhalts einer Blase (linke Lendengegend) ergab: schwach alkalische Reaktion, vereinzelte Leukocyten, Epithelreste (?), sowie kleinste runde, stark lichtbrechende Körperchen (Tröpfchen), die mit schwach alkalischer Alkannalösung Rotfärbung gaben, auf Zusatz von Ätheralkohol verschwanden, also Fettreaktion zeigten. Kulturversuche fielen negativ aus. — Eine anläſslich eines spätern Recidivs gemachte Überimpfung des Inhalts einer Pustel (von Lende) auf Gelatine und Glycerinagar ergaben nur spärliche Reinkulturen von Staphylococcus albus. Ein Photogramm aufzunehmen oder eine Excision zu machen, wurde mir auch später nicht gestattet.

Ordination. Arsen in langsam steigenden Dosen, lokal eine schwache (2%) Salicylzinksalbe.

3. Recidiv. Ich sah den Patienten erst am 22. September wieder. „Der Ausschlag sei auf die Salbe und die Tropfen innerhalb acht Tagen fast vollständig verschwunden. Darauf wurde mit der Salbe ausgesetzt, als plötzlich vor einigen Tagen der Ausschlag wieder auftrat, diesmal zuerst an Hand- und Fuſsrücken, sowie zwischen den Fingern." — Auſser an genannten Stellen findet man, besonders auf der Streckseite der Arme und Beine, spärlich an Glutealgegend, teils isoliert, teils in Gruppen von 10—20 stehende Knötchen und Bläschen von oben beschriebenem Aussehen, nirgends über Linsengröſse. Die alten Efflorescenzen sind sämtlich, teilweise unter Pigmentation und Narbenbildung, abgeheilt. Die erkrankten Nägel sind in der Abstoſsung begriffen; der nachrückende Nagel hat normales Aussehen. Das Allgemeinbefinden ist gut; doch zeigt der Knabe groſse Unruhe, besonders nachts, er sei „unleidig", weine nach der geringsten Ursache, was er in gesunden Tagen nicht thue. Arsenik wird gut vertragen; eine letzter Tage auftretende Diarrhoe schwand ohne Aussetzen des As auf Darreichung von Eichelkakao.

Ordination. Gleiche Medikation unter Verminderung des As auf täglich dreimal einen Tropfen Solutio Fowleri.

4. Recidiv. 20. Oktober. In der Nacht vom 18. auf 19. Oktober war der Knabe wieder sehr unruhig, wälzte sich im Bett herum, schrie auf etc. Das papulöse Element ist neben vereinzelten Bläschen (auf Wangen, Beugeseite der Arme) vorherrschend, am reichlichsten Nacken, Rücken, Streckseite der Extremitäten befallend, teilweise die abgeheilten, pigmentierten Partien mehr weniger im Kreisbogen umfassend. Auf der linken Wange eine Gruppe von zehn stecknadelkopfgroſsen Bläschen mit wässerigem Inhalt auf rotem Grund. Im Capillitium verstreut vereinzelte Knötchen. Heftiges Jucken. — Die Nagelreste haben sich vollends abgestoſsen; die neuen Nägel sind normal. Abgesehen von der allgemeinen nervösen Hast und Unruhe, dem Kratzen und Reiben, besonders in der Nacht, ist das Allgemeinbefinden gut, der

Appetit sogar gestiegen. — Auf die Mitteilung der Mutter, sie merke schon vorher an der Unruhe, der Gereiztheit etc. den bevorstehenden Anfall, wird Antipyrin à 0,3 verordnet mit dem Bedeuten, davon ein Pulver dem Knaben jeweilen vor einem zu erwartenden Anfall zu geben.

5. Recidiv. 2. November. Die Mutter berichtet: Der alte Ausschlag sei noch nicht vollständig verschwunden gewesen, als vorgestern über Nacht trotz Antipyrin neue Blasen aufgetreten seien, die rasch eiterig geworden. — Die bis erbs- und haselnufsgrofsen, unregelmäfsig rundlichen, oft zackig vorspringenden, teils mit dickem, rahmigem Eiter gefüllten, teils geplatzten und zu braungelben, dicken Borken eingetrockneten Pusteln auf stark geröteter Basis erinnern ganz an Impetigo e scabie. Befallen besonders Extremitäten und Glutaealgegend, Wangen. Ordination. Amylum-Bäder mit Zusatz von 1% Borsäure, hierauf 2% Salicylpaste.

12. November. Das bullös-pustulöse Exanthem hat sich auch auf den Rumpf ausgedehnt, teils Gruppen und Kreise bildend. Starke Infiltration der Umgebung. Das Allgemeinbefinden hat gelitten; das Kind ist weinerlich, ifst nichts, Temperatur 39,2. Antipyrin.

16. November. Der Ausschlag hat bedeutend abgenommen: die gröfstenteils geplatzten Pusteln sind zu braungelben Krusten eingetrocknet. In Achselhöhle vereinzelte neue Bläschen. Kein Fieber.

Der Zustand bessert sich successiv.

Zu Weihnachten ist die Affektion überall vollständig abgeheilt, zahlreiche braune Pigmentfleckchen zurücklassend. Der Knabe sieht gut aus, ist bei gutem Appetit, schläft ruhiger.

Ich sah den Knaben im Verlaufe der nächsten drei Jahre selten, der Ausschlag war nur noch vereinzelt aufgetreten, hauptsächlich im Sommer und im Anschlufs an psychische Erregungen: Zorn des kleinen Schlingels, doch lange nicht mehr in der früheren Intensität, sondern mehr nur in isolierten, lebhaft juckenden Knötchen- und Bläschengruppen am Nacken, Rücken und Extremitäten. Neben kräftiger Ernährung (mit Ausschlufs von Fleisch etc.), speziell Milch, kalten Abreibungen und Bädern, frischer Luft etc., war auf jede medikamentöse Behandlung verzichtet worden.

Am 12. Jänner h. a. sehe ich wieder den Patienten, einen aufgeweckten lebhaften fünfjährigen Knaben. Seit September 1894 hat der Kleine keinen Anfall mehr gehabt. Die Haut ist überall glatt, weich, feucht anzufühlen; doch lassen sich besonders an Rücken und Streckseiten der Extremitäten zahlreiche Pigmentflecke, teilweise in der Mitte narbig vertieft, nachweisen. Patient ist im übrigen vollständig gesund.

Fassen wir die im Krankheitsverlaufe am meisten hervorstechenden Symptome kurz zusammen. Am auffallendsten war die wunderbare Vielgestaltigkeit der Efflorescenzen: in buntem Wechsel zogen Quaddeln, Papeln, Bläschen, Blasen, Pusteln, Pigmentflecken vorüber, ein proteusartiges Konglomerat von ein bischen Ekzem, Prurigo, Pemphigus, Herpes iris, Varicellen, Urticaria, Impetigo bildend. Bei den späteren Recidiven nahm das Bild einen etwas einheitlicheren Charakter an; so war es beim vierten Recidiv mehr papulös-pruriginös, beim fünften mehr bullös-pustulös. Bemerkenswert war das durch die angewandte Therapie anscheinend nur wenig beeinflufste rasche Schwinden und ebenso unmotivierte (doch schien es durch psychische Affekte und heifse Tage begünstigt zu sein) Neuauftreten der Affektion, das Recidivieren. Innerhalb dreier Jahre hatte der Knabe ca. ein Dutzend Anfälle, die allerdings allmählich an Intensität

abzunehmen schienen. Im Gegensatz zur schweren Hautaffektion stand das relativ gute Allgemeinbefinden. Der Knabe war auch während des Ausschlages munter, lebhaft, hatte seinen allerdings nie übermäfsigen Appetit behalten, hatte normale Temperaturen. Erst, als sich die Anfälle häuften, ein schweres bullös-pustulöses Exanthem die Haut bedeckte, wurde der Kleine gereizter, weinerlicher, verlor den Appetit, hatte sogar 38—39° Fieber: Allgemeinerscheinungen, die wohl auf die Staphylokokkeninfektion zurückgeführt werden dürfen. Weiterhin war das Leiden von intensivem Juckreiz begleitet, nicht nur während dessen Bestehens, sondern schon vorher: der Knabe, der abends gesund zu Bette ging, wurde in der Nacht unruhig, wälzte sich umher, schrie auf, war sehr reizbar, mürrisch, letzteres Symptome, die allerdings bei der grofsen Intensität des Ausschlages nicht so auffallend waren.

Ich glaube kaum fehl zu gehen, wenn ich in Rücksicht auf das charakteristische klinische Bild und den Verlauf die Diagnose auf Dermatitis herpetiformis Duhring stellte. Andere allfällig in Frage kommende Krankheiten lassen sich zum Teil unschwer ausschliefsen. Um einen Pemphigus konnte es sich hier nicht handeln. Abgesehen von der relativen Gutartigkeit, dem ausgesprochenen Juckgefühl sind in unserem Falle die Blasen gegenüber den anderen Efflorescenzen doch nicht so vorherrschend, wie es bei einem echten Pemphigus zu erwarten gewesen. Oder Erythema multiforme bullosum? Das Erythem, das Multiforme, das Bullöse würde stimmen; doch das Fehlen einer bestimmten Lokalisation, der intensive Juckreiz etc.? Herpes iris? ist nur eine Unterform des Erythema exsudativum multiforme, ein akutes, gutartiges, schnellheilendes Leiden. Prurigo ist eine Knötchenkrankheit mit typischer Lokalisation. Oder Ekzem, Syphilis? So proteusartig besonders die letztere Krankheit auftritt, so ist doch für diese Diagnose, abgesehen von der Pigmentation, nicht ein gewichtiges Moment ins Feld zu führen; weder klinisches Bild, noch Verlauf, noch Ätiologie sprechen dafür. Ebensowenig Anhaltspunkte haben wir für ein medikamentöses, ein septisches, ein autotoxisches Exanthem. Der Knabe war vorher vollständig gesund, hatte kein Medikament eingenommen, der Magendarmkanal war intakt. An eine bullöse Form der Urticaria pigmentosa oder an die Dermatite bulleuse congénitale, eine Krankheit, die Vidal zur Differenzialdiagnose herbeigezogen wissen will, ist ebenso wenig zu denken. Gleich hinfällig ist die Diagnose Strophulus infantum, eine von vielen Kinderärzten sehr beliebte Verlegenheitsdiagnose, hinter welcher sich ein ganzes Konglomerat der verschiedensten Kinderkrankheiten (Urticaria, Prurigo, Ekzem, toxische und medikamentöse Exantheme) verbergen.

Dagegen fehlt keines der von Duhring[1] für Dermatitis herpetiformis

[1] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. VII. S. 158.

als charakteristisch angegebenen vier Hauptsymptome: 1. aufsergewöhnliche Polymorphie der Efflorescenzen; 2. Hyper- und Parästhesien; 3. Neigung zu Recidiven; 4. relativ gutes Allgemeinbefinden. Allerdings war bei unserem Fall, besonders bei den späteren Recidiven, das bullöspustulöse Element vorherrschend; doch ist ja bekannt, dafs gerade die zarte Haut der Kinder auf Reize mit Blasenbildung antwortet, wo dieselbe Schädlichkeit beim Erwachsenen nur zu Erythem oder Papelbildung führt; ich erinnere z. B. nur an Syphilis. Etwas wenig schienen die Hyper- und Parästhesien ausgesprochen zu sein, wenigstens im Vergleich zu gewissen Fällen, wie sie Brocq in seiner bahnbrechenden Arbeit über Dermatitis herpetiformis[2] citiert; doch ist bei einem kleinen Kinde ein sicheres Urteil über die Intensität subjektiver Empfindungen schwer zu fällen. Auffallend war die Erkrankung einiger Nägel, eine Affektion, die ich, da keine andere Erkrankung, kein Trauma vorangegangen, nicht anstehe, mit dem Ausschlag in Verbindung zu bringen. Nagelerkrankungen scheinen bei der Duhringschen Krankheit äufserst selten beobachtet worden zu sein; wenigstens finde ich nach Durchsicht der einschlägigen Litteratur nur einen einzigen Fall von Dubreuilh[3] verzeichnet, wobei „der glatte alte Nagel der beiden grofsen Zehen plötzlich(?) 7 mm von der Nagelfalte durch eine Furche vom neuen Nagel getrennt wurde, der sehr dünn und ungleichmäfsig war".

Das jugendliche Alter des Patienten ist im weiteren bemerkenswert. Erkrankungen von Duhringscher Krankheit im Kindesalter sind äufserst selten. Brocq (l. c.) erwähnt unter Beobachtung No. 28 einen 20jährigen Mann, der seit seiner Kindheit vom fünften Monat an dieser Krankheit litt, dann zwei weitere Fälle, die im fünften, bezw. achten Lebensjahre daran erkrankten. Audry[4] berichtet von einem 5½jährigen Mädchen mit Dermatitis herpetiformis; weiter hat Arning[5] ebenfalls zwei Fälle, in jugendlichem Alter befallen, beobachtet. Vor allem hat aber Unna in einer wertvollen Arbeit: „Über die Duhringsche Krankheit und eine neue Form derselben"[6] auf eine eigentümliche, wahrscheinlich nur im Knabenalter und hereditär vorkommende Erkrankung hingewiesen, die er wegen ihres charakteristischen klinischen Verlaufes unter dem Namen Hydroa puerorum als Unterform aus dem Gesamtbilde der Duhringschen Krankheit herauslöst. Unna giebt aufser der in allen fünf Fällen nachgewiesenen Heredität als für diese Form charakteristisch folgende zehn Symptome an: 1. der frühe Beginn in den ersten Lebensjahren; 2. das die ganze Kindheit hindurch anhaltende Recidivieren; 3. das Punctum

[2] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888 und 1889.
[3] *Monatsh. f. prakt. Derm.* IX. 36. n. Ref.
[4] *Ann. de Derm.* 1894. S. 380.
[5] Cit. nach Ittmann und Ledermann. *Arch. f. Derm.* 1892. S. 426.
[6] *Monatsh. f. Derm.* IX. 97.

maximum der Anfälle in der heifsen Jahreszeit; 4. die geringe Polymorphie des fast nur aus papulösen Erythemen, nicht-eitrigen Blasen und Bläschen bestehenden Exanthems; 5. das stärkere Hervortreten der Schmerzgegenüber den Juckempfindungen, welche letztere bei den Erwachsenen in den Vordergrund zu treten pflegen; 6. die Akuität der einzelnen Anfälle; 7. die fast regelmäfsige Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens bereits vor Ausbruch des Exanthems; 8. die allmähliche, spontane Abschwächung der Anfälle an Extensität, Intensität, Dauer und Zahl gegen die Zeit der Pubertät; 9. das spontane gänzliche Verschwinden des Exanthems oder seine Reduktion auf geringe und seltene Nachschübe zur Zeit des Mannesalters; 10. möglicherweise Beschränkung auf das männliche Geschlecht.

Ob unser Fall der Hydroa puerorum einzureihen ist, wage ich nicht zu entscheiden. Die Frage der Heredität konnte bei dem Knaben als bis dato einzigem Sprofs der Familie nicht beantwortet werden; dann war im Gegensatz zu Postulat 4 bei unserem Patienten das Exanthem ziemlich polymorph, das bullös-pustulöse Element vorherrschend; Punkt 8 konnte, wenn die Anfälle allmählich auch sichtlich an Intensität, Zahl etc. abnehmen, ebenfalls nicht kontroliert werden. Im übrigen scheint diese Unnasche Form überaus selten zu sein; wenigstens finde ich in den sieben Jahren seit Erscheinen der Unnaschen Arbeit keine weitere Beobachtung publiziert.

Über die Genese dieses eigentümlichen Krankheitsbildes wissen wir nichts. Bioskopische Untersuchungen, die besonders von Unna,[7] dann von Leredde und Perrin[8] darüber angestellt, geben keine bestimmte Antwort. Unna erklärt als charakteristisch für die Duhringsche Krankheit „das einem Gefäfsgebiet der Haut entsprechende Ödem und zellige Infiltrat, dessen Hauptsitz der Papillarkörper ist, das vollständig passive Verhalten des Epithels, welches nur Ödem und interepitheliale Blasen aufweist oder durch seröses Exsudat vollkommen abgehoben wird, und endlich die vollständige Abwesenheit von Leukocytose". Leredde und Perrin fanden in der Cutis, in der Stachelschicht, in den Bläschen und Pusteln reichlich eosinophile Zellen, welche sie als für diese Krankheit charakteristisch erklären und daher das Wesen auf eine „altération sanguine" zurückführen. Schade, dafs auch bei anderen Hautkrankheiten, Scabies, Pemphigus, Herpes, Ekzem etc., reichlich eosinophile Zellen gefunden werden! Andere Forscher wieder sehen die Krankheit als das Resultat einer Autointoxikation, sogar als eine auf die Haut lokalisierte Urämie, eine Uraemia cutanea, an, ohne dafür auch nur den Schein eines Beweises zu erbringen. Ebensowenig konnten bis jetzt spezifische Mikroorganismen gefunden

[7] *Histopathol. d. Hautkrankh.* S. 147.
[8] *Ann. de Derm.* 1895. S. 281.

werden. Am meisten Anhänger hat die Theorie vom nervösen Ursprung der Duhringschen Krankheit gefunden. Läfst das klinische Bild in den meisten Fällen die Annahme einer Trophoneurose als wahrscheinlich zu, so fehlt uns doch bis dahin jeder sichere anatomische Nachweis von konstanten Veränderungen seitens des Nervensystems.

Trotz ihres jugendlichen Alters (12 Jahre) haben dieser Krankheit nicht weniger als sechs Autoren zu Gevatter gestanden und Namen gegeben; sie teilt also das Schicksal ihrer übrigen namenreichen Schwestern in dermatologia. Der Vater (DUHRING) taufte sie Dermatitis herpetiformis, die Paten Dermatitis pruriginosa (BULKLEY), Dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives (BROCQ), Hydroa (UNNA), Dermatitis neuritica (LEDERMANN und ITTMANN), Dermatitis multiformis (MORROW und PIFFARD). Am besten würde uns wohl der von UNNA vorgeschlagene Name Hydroa behagen; er ist kurz, prägnant, kollidiert nicht mit anderen Krankheitsbegriffen. Der Umstand, dafs vor über 50 Jahren BAZIN damit den Herpes iris bezeichnete, eine Krankheitsform, die ihre Selbständigkeit seither verloren und dem Erythema multiformis einverleibt worden, dürfte kaum ins Gewicht fallen, mehr dagegen, ob die anderen Autoren ihre Rechte auf die von ihnen gegebenen Namen fallen lassen, und das hat einstweilen keinen Anschein. So werden wir wohl bis auf weiteres (d. h. bis man sich, vielleicht auf einem internationalen Kongresse, ähnlich den Anatomen über die Namengebung verständigt) bei der DUHRINGschen Bezeichnung Dermatitis herpetiformis verbleiben, oder besser, sie zu Ehren des Entdeckers einfach Duhringsche Krankheit benennen, eine Bezeichnung, die in Deutschland, Amerika schon mehrfach Eingang gefunden hat.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 11. Februar 1896.

(Original-Bericht von L. HOFFMANN-Berlin.)

1. Herr KOCH stellt einen 11jährigen Knaben mit **Pityriasis rosea** vor, bei dem die annuläre Form wenig ausgesprochen ist; es handelt sich hierbei vielmehr um ein tupfenförmiges Exanthem.

2. Herr SAALFELD: Fall mit einem **Primäraffekt an der Zunge.** Die Primäraffekte an der Zunge sind im ganzen nicht so häufig. Die Statistik hat ergeben, dafs auf die Zunge nur 1,8% kommen, weshalb er den 26jährigen Patienten vorstellt. Das Ulcus sitzt am linken Seitenrande und es sind auch die Submaxillardrüsen der linken Seite geschwollen. Das Ulcus ist jetzt bereits in der Heilung begriffen, da nach Auftreten von Roseola eine Inunktionskur eingeleitet wurde.

3. Herr Gerson stellt einen 11jährigen Knaben mit **Alopecia areata** vor. Mitte März v. J. bildeten sich auf dem Hinterhaupte zwei kreisrunde kahle Stellen, und nach Verlauf von drei bis vier Monaten waren alle Kopfhaare ausgefallen. Kein Medikament war im stande, das weitere Ausfallen der Haare zu verhüten. Ätiologisch ist zu erwähnen, dafs der Vater des Knaben angiebt, dafs der Junge im Sommer jeden Tag kalte Wasserstrahlen aufs Hinterhaupt habe einwirken lassen und dafs er er hierin die Ursache des Ausfallens suchen will. Therapeutisch hat Gerson alle antiparasitären und irritierenden Medikamente, jedoch ohne Erfolg, angewendet.

Diskussion: Herr Heller will Fälle von Alopecia gesehen haben, bei denen von selbst, ohne jede Medikation, ein Stillstand des Ausfallens eintrat, und dafs dann eine vollständige Restitution erfolgte. Herr Joseph bemerkt hierzu, dafs es bekannt sei, dafs die meisten Fälle spontan heilten. Da in diesem Falle die Augenbrauen vorhanden sind und es sich also nur um eine Alopecie areata totius capitis handelt, so hält er die Prognose für nicht ungünstig.

Herr Rosenthal mahnt zur Vorsicht in Bezug auf die Zeitdauer des Wiederwachsens der Haare; man könne nie bestimmen, ob die Haare schon nach einigen Monaten oder nach langer Zeit wiederkehrten; er rät aber, in solchen Fällen Medikamente, wie Krotonöl, Chrysarobin, Veratrin etc., zur Unterstützung zu gebrauchen.

Herr Isaac berichtet in Bezug auf die Ätiologie einen Fall, bei dem nach Extraktion eines Zahnes auf derselben Seite des ausgezogenen Zahnes sich zuerst Kopfschmerzen einstellten und von dieser Seite sich Alopecia areata ausbildete.

Herr Gerson bemerkt zum Schlufs, dafs er den vorgestellten Fall als nicht malignen bezeichnet habe.

4. Herr Koch: Demonstration der **mikroskopischen Präparate** zum Vortrag über **Lupus erythematodes acutus.** Aus den aufgestellten mikroskopischen Präparaten gehe hervor, dafs das Primäre des Infiltrationsprozesses an den Gefäfsen, und zwar den oberflächlichen, liege, dann erstreckt sich derselbe in die Tiefe. Die Gefäfse sind obliteriert. Ein Präparat zeige ein Gefäfs unterhalb der Fettschicht, das ebenfalls obliterirt ist. Die Drüsen, besonders die oberflächlichen, und die Follikel sind erkrankt; sie sind stark infiltriert und sehen wie Komedonen aus. Die Tubuli der Schweifsdrüsen sind meist frei; doch um dieselben befinden sich Infiltrationen. Es besteht ferner sehr starke Aufquellung des Epithels. Nach Abstofsung des Epithels tritt gleichsam eine Atrophie der Cutis ein, und man kann deutlich die Narbenbildung konstatieren. Das ganze Präparat erscheint mikroskopisch als völlige Atrophie. Seiner Ansicht nach stimmen die aufgestellten Präparate mit denen überein, die Schütz und Leloir beschrieben haben.

Diskussion: Herr Blaschko hat den Fall in vivo gesehen und mufs sagen, dafs es sich seiner Ansicht nach um Erythema exsudativum septischer Art und nicht um Lupus erythematodes gehandelt habe. Es bestand eine grofse Ähnlichkeit mit Lupus erythematodes wegen der Konfiguration des Plaques; allein im Gesicht können wegen des Verlaufs der Gefäfse, wie Hutchinson schon mitgeteilt hat, eigentümliche Konfigurationen vorkommen. Auch aus den aufgestellten Präparaten könne er nicht die Überzeugung gewinnen, dafs es sich um Lupus gehandelt habe. Aus denselben gehe nur hervor, dafs es sich um Infiltrationen und Erweiterung der Blutgefäfse gehandelt habe, und diese kommen auch beim Erythem vor. Herr Joseph hat ebenfalls Präparate angefertigt, die er aufgestellt hat, und aus denen ersichtlich ist, dafs es sich um Exsudationen handelt, die aus den Gefäfsen heraus entstanden sind. Infiltrationen der Gefäfse und Erweiterung derselben findet man bei allen entzündlichen Prozessen. An seinen Präparaten ist ferner zu konstatieren, dafs um die Schweifsdrüsen alles normal ist. Auch in den tieferen Schichten ist keine Ver-

änderung, so daſs er nach seinen Präparaten nur zu dem Schlusse kommen muſste, daſs es sich um Erythema exsudativum gehandelt hat. Herr MEISSNER erklärt, daſs er aus den Präparaten nur so viel entnehmen könne, daſs es sich um einen lymphangitischen Prozeſs gehandelt habe. Man sieht ödematöse Vorgänge, die wahrscheinlich zur Blasenbildung geführt haben. Alle Präparate zeigen, daſs es sich um seröse Exsudation gehandelt habe, wobei eine Veränderung der Gefäſswände besteht. Von einer Narbenbildung könne er nichts konstatieren.

Herr KOCH bleibt bei seiner Annahme, daſs es sich um Lupus erythematodes gehandelt habe, da sowohl der Krankheitsverlauf, als die mikroskopischen Präparate ganz übereinstimmen mit den bis dahin publizierten Fällen.

5. Herr FRANK: Krankenvorstellung. Der von dem Vortragenden in der Festschrift für Herrn Prof. LEWIN beschriebene Fall mit einem **phagedänischen Ulcus** hatte einen so ungünstigen Verlauf, daſs die Urethra freigelegt war. Die Glans penis hing nur durch eine kleine Verbindung mit dem hinteren Teil des Penis zusammen, und es bestand schon die Frage, ob man nicht die Glans vollständig amputieren sollte, da der Defekt nicht zu ersetzen war. Er hat schlieſslich den Eichelstumpf auf den Penisstumpf aufgesetzt, und so ist die Vereinigung gelungen. Es besteht auch keine Fistel. Erektionen sind nicht möglich, da die Corpora cavernosa zerstört waren.

6. In Vertretung des nicht anwesenden Herrn LEDERMANN stellt Herr LÖWENSTEIN einen 36jährigen Kaufmann mit **multipler Geschwulstbildung** am linken Arme vor. Die in Frage stehenden Geschwülste sind seit 15 Jahren bemerkt worden. Zuerst wurde nur am Handgelenk — an der Flexorenseite — ein Tumor bemerkt und als Ganglion mit den üblichen Mitteln, jedoch ohne Erfolg, behandelt. Allmählich traten auch die anderen Geschwülste auf. Zur Zeit ist die Geschwulstbildung auf den linken Vorderarm, die Vola manus und auf das untere Drittel des Oberarmes beschränkt. Die Tumoren sind nicht von gleichmäſsiger Konsistenz, die eine hart, die andere weich. Der allgemeine Geschwulsttypus ist der, daſs sich in den halbkugelig hervorragenden Tumoren eine gröſsere oder geringere Pseudofluktuation bis zur veritabeln Fluktuation zeigt. Der tastende Finger fühlt bald, daſs sich in dem fluktuierenden Medium eine wirkliche Tumormasse befindet, die eine mehr oder weniger derbe Konsistenz und höckerige Oberfläche zeigt. Manche dieser Tumoren sind jedoch von einer gleichmäſsig derben Masse ausgefüllt und zeigen weder eine höckerige Oberfläche, noch einen fluktuierenden Inhalt. Die Gröſse der Geschüwlste schwankt von Erbsen- bis Wallnuſsgröſse. Eingentümlich und sonderbar ist der Verlauf der Tumoren im Handteller, wo es fast den Anschein hat, als ob sich die Geschwülste der Flexorensehne anschlieſsen. Einzelne der Tumoren zeigen bei Bewegungen der Hand einen bläulich lividen Farbenton.

Die Differentialdiagnose schwankte zwischen Ganglion, Cysticerken, Neuromen, Sarkomen, Angiomen und Fibrolipomen.

Vortragender hält die Diagnose **Fibrolipoma** für wahrscheinlich.

Diskussion: Herr JOSEPH schlieſst sich dem Vortragenden in Bezug auf die Diagnose an. Herr LASSAR hält die Tumoren für Fibromolluscum; dieselben gehen von Nervenscheiden aus, und da nach den Angaben des Vortragenden der Verlauf im Gebiete der Extensionssehnen sich befindet, so können dieselben wohl von den Nervenscheiden ausgehen, da dieselben dort ebenfalls verlaufen. Herr BLASCHKO erklärt, daſs gerade der gelappte Bau für Fibroma spreche. Nur der Tumor in der Vola manus spreche vielleicht gegen die Diagnose. Herr JOSEPH rät, da der Patient sich gegen jede Exstirpation sträube, zu Äther - Alkoholinjektionen, da Lipome danach schwinden.

7. Herr LÖWENSTEIN: Fall von **Zungengumma**. Die 36jährige Frau zeigt an

der linken Zungenseite ein bohnengroſses, wie mit einem Locheisen geschlagenes kraterförmiges Geschwür mit infiltrierten, wallartig erhabenen Rändern. Der Geschwürsgrund ist jetzt wahrscheinlich durch Gurgelungen mit Sublimatlösung (1 : 5000) gereinigt und secerniert wenig. Die Anamnese fällt bei der Patientin, sowie bei deren Ehemann total negativ aus. Differential-diagnostisch kommen in Betracht: 1. Dekubitalgeschwür, 2. Kankroid, 3. Tuberkulose, 4. spezifisches Primäraffekt, 5. zerfallenes Gumma. Vortragender hält die Diagnose Gumma für wahrscheinlich, weil der Mangel an Drüsenschwellung gegen ein Primäraffekt spreche.

Herr Rosenthal stimmt der Diagnose zu.

8. Herr Löwenstein: Fall von **Pemphigus bei einem Säugling.** Das Kind zeigt besonders an den Unterextremitäten aufgeplatzte Blasen; die übrigen Geschwister sollen an Impetigo contagiosa leiden.

Bei der Diskussion halten die meisten Herren den Fall ebenfalls für Impetigo contagiosa mit Ausschwitzungen, die sich dann zur Blase ausgebildet haben.

9. Herr Löwenstein demonstriert einen **Apparat für Katheterdesinfektion,** der vor dem Kuttnerschen den Vorzug gröſserer Handlichkeit haben soll. Über einen Kessel, der das siedende Wasser enthält, wird eine Hülse aufgestellt, welche nach der Wasserfläche zu mit einem Drahtnetz abgeschlossen ist, das mit einem Filzbelag bekleidet ist. Die Hülse dient zur Aufnahme der Katheter und hat einen solchen Durchmesser, daſs auch Beniqués in ihr untergebracht werden können. Auch kann mit diesem Apparate die Desinfektion mit Formalindämpfen vorgenommen werden, indem in dem Wasserkessel statt des Wassers Formalinsteine hineingethan werden. Für Instrumente aus Hartgummi eignet sich besonders der letzte Modus der Desinfektion, da die Güte der Gummikatheter unter den Wasserdämpfen nicht selten leidet.

10. Herr Gebert: Fall von **Lichen ruber verrucosus.** Der 50jährige Arbeiter war bis vor vier Jahren gesund; überhaupt will er nie infiziert gewesen und Vater von drei gesunden Kindern sein. Vor vier Jahren begann am rechten Unterschenkel ein Jucken, es bildeten sich kleine Exkrescenzen sowohl an der vorderen, als an der hinteren Seite des Unterschenkels. Seit zwei Jahren entwickelte sich dasselbe Leiden auch am linken Unterschenkel. Die Exkrescenzen sind von Linsen- bis Thalergröſse und mit Warzen bedeckt. An einer Narbe, die von einer Verletzung herrührt, haben sich ebenfalls solche Warzen gebildet. Nach Exstirpation eines Stückchens ergab die mikroskopische Untersuchung, daſs dieser Fall dasselbe Bild zeigte, wie der der vom Vortragenden in der *Dermatologischen Zeitschrift* Bd. I. veröffentlichte Fall, nämlich, daſs es sich um Tumoren handelt, die, ausschlieſslich in der Cutis gelegen, gegen die gesunde Haut scharf abgegrenzt sind, und deren Masse von einem eigentümlichen, aus Rund- und Spindelzellen zusammengesetzten Gewebe gebildet wird. Hier in diesem Falle fand er nur mehr Rundzellen. Therapeutisch soll jetzt Arsen angewandt werden.

Diskussion: Herr Joseph hat in einzelnen Fällen in der Umgebung dieser Warzen Lichen planus-Papeln gesehen. Die Warzenbildung kann zurückgehen und so den ganzen Prozeſs heilen, es bleiben dann ganz kleine Narben zurück. Die Prognose des Leidens ist günstig. Subjektiv macht es wenig Beschwerden. Therapeutisch hat er Einpinselungen von Chrysarobin mit günstigem Erfolge gemacht.

Herr Blaschko beobachtete einen Fall mit bedeutender Ausbreitung des Leidens über beide Ober- und Unterschenkel; auch dieser Patient hatte wenig Beschwerden. Therapeutisch hält er eine lokale Anwendung von Medikamenten für ratsamer. So hat sich ihm in einigen Fällen die Einwickelung mit Martinschen Gummibinden nützlich erwiesen.

Herr Saalfeld erklärt, dafs manche Fälle jeder Therapie trotzen, man kann anwenden, was man will.

11. Herr Heller: **Entfernung von Tättowierung durch Elektrolyse.** Dieselbe wird angewandt, dafs an negativen Polen eine Nadel angebracht wird, welche nur oberflächlich in die Haut eingesenkt wird. Der Prozefs ist nicht schmerzhaft. Die Resultate dieser Anwendung der Elektrolyse waren die, dafs eine lineare Verschorfung der Haut eintrat. Es ist dabei notwendig, dafs man sehr langsam, d. h. nach und nach vorgeht, wobei man eine lokale Nekrose erzielt, die zur Ausstofsung der Kohlenpartikelchen führt. Zur totalen Beseitigung der tättowierten Stelle waren 15 bis 20 Sitzungen notwendig. Zum Schutze der Haut wurde dann ein einfaches Pflaster aufgetragen. Auch der Strom darf nicht zu stark sein (es genügen 2—3 Milliampère).

12. Herr Rosenthal: **Therapeutisches.** Derselbe demonstriert eine Anzahl **Pflastermulle**, die nicht so leicht austrocknen sollen, wie die Beiersdorfschen. Ferner zeigt er eine **Seife**, die **mit Holzfasern** (Sägespänen) **imprägniert** ist und die sehr leicht die schmutzigen öligen Bestandteile beseitigen soll. Bei Arbeitern, welche mit Öl zu thun haben, reinigt sie die Hände und Haut ganz vorzüglich. Die Seife ist mit 4%igem Kokosöl überfettet. R. hat diese Seife auch bei allen Keratosen angewandt, sie entfernt mechanisch alle Schuppen, ohne zu irritieren. Die Seife heifst Pflanzenfaserseife.

Herr Frank bemerkt hierzu, dafs die Schreichsche Wachs-Marmorseife antiseptisch ist und ebenfalls nicht reizt.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

E. Thomson berichtet kurz über zwei Fälle von **Raynaudscher Erkrankung** bei einem achtjährigen Mädchen und fünfjährigen Knaben. Bei dem ersteren bestanden periodisch wiederkehrende, auf Druck schmerzhafte Schwellungen mit Hautrötung, lokaler Temperaturherabsetzung, Parästhesien und Schmerzen seit vier Jahren an den drei mittleren Fingern beider Hände und seit vier Monaten auch an den Zehen. Die Erscheinungen waren zum ersten Male zwei Monate nach einer gut überstandenen Maserninfektion aufgetreten. Unter Behandlung mit dem konstanten Strom (negativer Pol auf die affizierten Teile) nahm sowohl die Häufigkeit, wie die Schwere der Anfälle etwas ab. — Im zweiten Falle führten die nämlichen, seit zwei Jahren beobachteten Erscheinungen zu einem oberflächlichen Substanzverlust am rechten Ohrläppchen. Eine interkurrente interstitielle Keratitis wurde rasch gebessert. Nitroglycerin von ganz vorübergehendem Nutzen. Thyreoidinbehandlung mufs wegen unangenehmer Nebenerscheinungen ausgesetzt werden. *H. Einhorn-München.*

Tschirkoff beschreibt eine bisher wenig bekannte Form von **vasomotorischen Ödemen ohne Albuminurie**, welche zu allgemeinem Anasarka mit gewaltigen Ergüssen in die Körperhöhlen führt, ohne dafs es sich um Lungen-, Herz-, Leber- oder Nierenaffektionen handelt. Diese Ödeme sind vasomotorischen Ursprungs, meist begleitet von Dilatation des rechten Herzens und mäfsiger Arteriosklerose. Im Blute findet man konstant eine grofse Menge reduzierten Hämoglobins, zuweilen trophische Störungen und ausgesprochene Lähmungen der Hautvenen. Die Ursache dieser Ödeme

ist meist auf Syphilis zurückzuführen, und eine spezifische Therapie führt zu rascher Heilung. (*Rev. de méd.* 1895. No. 8.) *C. Müller-Bern.*

Über zwei Fälle von ungewöhnlichem, akutem Hautödem, von L. E. Bregman. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 44.) Bei Mutter und Kind, die sich gleichzeitig im Garten aufgehalten, stellte sich plötzlich unter Jucken ein starkes Ödem der Vorderarme, beim Kinde auch des Gesichtes ein. Dasselbe erreichte in 48 Stunden sein Maximum und schwand in weiteren 48 Stunden vollkommen, nur entstanden bei der Mutter am Handrücken, beim Kinde im Gesichte Ekchymosen, die zu einer Abstoſsung der Epidermis führten. Das Allgemeinbefinden war ein vollkommen ungestörtes während der ganzen Krankheit. Als Ursache dieser Affektion glaubt Verfasser die Einwirkung der Sonnenstrahlen annehmen zu müssen, wobei jedoch eine besondere Disposition bei Mutter und Kind zu derartigen Hautveränderungen unter Lichteinfluſs hinzukommen muſste. Starke, bei beiden vorhandene Autographie deutet vielleicht auf eine besondere Erregbarkeit der Vasomotoren. Erwähnt sei noch, daſs die Petechien im Gesichte des Kindes in Gestalt einer Schmetterlingsfigur sich gruppierten.

(Wie Verfasser selbst zugiebt, entsprechen die Erscheinungen durchaus nicht dem Krankheitsbilde, das die Einwirkung ultravioletter Lichtstrahlen auf der Haut hervorrufen. Wäre es nicht näherliegend, anzunehmen, daſs in diesen Fällen ein Insektenstich die Hautaffektion ausgelöst hat? Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über ein eigentümliches Antipyrin-Exanthem berichtet Ballin. (*Lyon. méd.* 1895. No. 46.) Bei einem Patienten traten jedesmal nach der Einnahme von je 0,5 g Antipyrin (wegen Kopfschmerzen) an den Händen leicht über das Hautniveau erhabene, gleichmäſsig rote, beim Reiben und Kratzen sich lebhafter färbende, flache Scheiben von runder oder ovaler Form auf, welche heftiges Jucken verursachten. Bei den letzten Schüben, deren im ganzen zehn beobachtet wurden, verwandelten sich einige wenige dieser Plaques in Blasen mit heller Flüssigkeit. Acht Tage nach dem Beginne der Eruptionen desquamierte das Epithel in groſsen Fetzen.

C. Müller-Bern.

Über Chinineruptionen. (*Rif. med.* 1895. No. 217.) Balducci beobachtete bei vier Männern im Alter von 21 bis 50 Jahren, welche wegen Malaria Chinin eingenommen hatten, erythematöse Flecke, die sich bei zweien am Nacken, bei den anderen an deren Genitalien zeigten; in einem dieser Fälle waren die Flecke auſserdem nässend. *C. Müller-Bern.*

Exanthem nach dem Gebrauche von Extractum filicis maris aethereum, von F. Schmey. (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 68.) Eine alte, gebrechliche Frau bekam nach Einnehmen von 10,0 Extractum filicis maris aethereum eine Rötung der Augenlider mit Anschwellung derselben. Die Rötung setzte sich auf Wangen und Stirnhaut ein wenig fort. Nach drei Tagen war alles spurlos geschwunden. Vielleicht begünstigt die gleichzeitige Darreichung von Ricinusöl das Eintreten derartiger Nebenwirkungen, da das giftige Prinzip, das Filixsäureanhydrid sich in Öl leicht löst.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Quecksilberintoxikation mit Scharlacherythem nach hochdosierter Sublimatinjektion, von V. Allgeyer und F. Sprecher in Turin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 38.) Verfasser beschreiben einen Fall, bei dem nach einer intramuskulären Injektion von 5 cg Sublimat eine schwere Quecksilberintoxikation eingetreten ist. Dieselbe zeigte sich in ihrem gewöhnlichen Bilde; von besonderem Interesse waren jedoch das typische Scharlacherythem und die hochgradige Angina, die sich als spezielle Reaktion des Organismus hinzugesellten. *L. Hoffmann-Berlin.*

G. DE FIGUEIREDO berichtet über einen Fall von **Urticaria**, die sich bei einem 24jährigen, an gastrischen Störungen leidenden Manne nach dem innerlichen Gebrauche von Santonin (0,04) einstellte. An der Diskussion beteiligten sich MOREIRA, DE MAGALHAES, DA COSTA, BRITTO, welche alle ähnliche Fälle beobachtet haben. (*Ann. da socied. de med. e cirurg. da Bahia.* 1895. No. 4. u. 6.)

C. Müller-Bern.

Ein Fall von Urticaria-Asthma infolge des Genusses von Muscheln, von G. MARTIN-London. (*The Brit. med. Journ.* 8. Juni 1895.) Die 43jährige Frau hatte zum Abendbrot etwa ein Dutzend Muscheln gegessen. Eine Stunde später wurde sie von Atemnot befallen und glaubte beinahe zu ersticken. Gleichzeitig zeigte sich am ganzen Körper ein von intensivem Jucken begleiteter Nesselausschlag. Die Patientin sah ganz blau im Gesichte aus und drohte zu ersticken. Sie erhielt reichlich warmes Wasser zu trinken, worauf sie etwas zähen Schleim expektorierte und von ihren Atembeschwerden etwas erleichtert wurde. Bei ihrer Ankunft im Hospital war sie noch stark cyanotisch, ihre Extremitäten fühlten sich kalt an, ihr Atem war mühsam. Der Körper war von Urticariaquaddeln bedeckt, am stärksten der Stamm.

Hervorzuheben ist, dafs die Frau nie zuvor an Asthma, oder auch nur an einer bemerkenswerten Bronchitis gelitten hat.

Die Mund- und Rachenschleimhaut war nur gerötet, zeigte aber sonst kein krankhaftes Aussehen.

Nach drei Stunden hatten sich Puls und Atmung so gebessert, dafs die Patientin wieder nach Hause gehen konnte. *C. Berliner-Aachen.*

Scharlachartiger Ausschlag bei Influenza, von C. BRASHER-Bristol. Der 39jährige Patient litt seit drei Tagen an Influenza, verbunden mit schwacher Bronchitis. Als Verfasser ihn zum ersten Male sah, fand er auf der Brust eine schwache Röte vor. Noch in derselben Nacht, welche der ersten Untersuchung folgte, wurden Arme, Beine, Vorderfläche des Halses von Urticariaquaddeln bedeckt, gleichzeitig aber zeigte sich auf dem ganzen Gesichte, an den Seiten und der hinteren Fläche des Halses, auf der Brust und dem Abdomen ein intensives Scharlachexanthem. Die Temperatur war erhöht. Die Zunge war rein. Es bestand Obstipation, auf welche Verfasser den Urticariaausschlag zurückführen möchte, während er das Scharlachexanthem mit der Influenza in Verbindung bringt, eine Erscheinung, von der auch andere Autoren berichten. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen über eine häufiger vorkommende Form von Urticaria chronica recidiva, von JOS. SCHÜTZ-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 34.) Unter Urticaria chronica recidiva versteht Verfasser häufig sich wiederholende Nesselausbrüche kurzen Bestandes, welche sich auf Reize hin entwickeln, denen man sich entweder unter den gewöhnlichen Lebensbedingungen nicht entziehen kann oder denen man pathologischerweise durch chronische Krankheiten ausgesetzt ist. Solche Reize sind entweder geringfügige taktile, oder häufiger thermische Einflüsse (Wärme oder Kälte), und zwar in der Weise, dafs diese Momente unter den alltäglichen Verhältnissen schädlich wirken. Beim Eintritt in ein warmes Lokal, bei Entwickelung der Bettwärme, im anderen Falle: bei Abkühlung der Haut in scharfer Luft, beim Waschen mit kaltem Wasser bekommen die Patienten Quaddeln und Jucken.

Diese Thatsachen erscheinen nicht wunderbar, wenn man das analoge Verhalten der akuten Formen in Betracht zieht, z. B. der Urticaria ab ingestis. Zur Erklärung ist man bisher ohne die Annahme einer besonderen Idiosynkrasie nicht ausgekommen.

Bei den gesonderten zwei Reizmomenten der chronischen recidivierenden Form

wird man nun an die spezifische Energie der Hautsinnesnerven gemahnt, als deren spezifische Äußerung die drei Empfindungsqualitäten: Tastgefühl, Wärmegefühl, Kältegefühl aufzufassen sind.

Berücksichtigt man dies, so liegt der Gedanke nahe, daß es sich bei der Urticaria chronica recidiva um einen ganz lokalen Krankheitsvorgang, um einen Reflexbogen in der Haut selbst mit den peripheren Gefäßganglien als Zentren handle und nicht um eine reflektorische Erregung der großen Gefäßzentren in der Medulla. Sogar an eine Alteration der betreffenden Hautsinnesnerven ist nach Schütz zu denken, sonst müßte die Quaddelbildung bei der verschiedenartigsten Reizung in gleicher Weise erfolgen. Ferner spricht für einen örtlichen Vorgang die Beobachtung, daß die Quaddelbildung nur da auftritt, wo eben die thermischen Einflüsse einwirken, selten weiter irradiierend, niemals an beliebigen Stellen und den Ort der Reizwirkung freilassend. Endlich sind noch die Angaben vieler Autoren über Urticaria pigmentosa zu verwerten, daß bei dieser ständigen Form stets dieselben Stellen Sitz einer Quaddel würden und bei gleichzeitig bestehender Urticaria factitia sich direkt durch das Experiment wieder und wieder bestimmen ließen. Schütz hat selbst bei der chronischen Form mit kurzem Quaddelbestand Prüfungen in dieser Beziehung angestellt und mit Bestimmtheit gefunden, daß stets dieselben Stellen es sind, welche in verschieden hohem Grade Quaddelbildung erfahren.

In ätiologischer Hinsicht ist ein von Schütz gefundener Umstand bemerkenswert, nämlich der, daß man verhindern, resp. abschwächen kann, daß ein bestimmter thermischer Reiz bei der Urticaria chronica recidiva Quaddeln erzeuge. Schütz ging folgendermaßen vor: Er erzeugte absichtlich, z. B. durch Kälte, Quaddeln, ließ durch Wärme einen Rückgang erzielen und die Leute sodann bei rauher Witterung ausgehen. Jetzt blieb die Urticaria aus oder trat viel milder auf. Umgekehrt wurden Personen, die in einem warmen Lokal von Nesseln heimgesucht werden, sofort besser, wenn sie nach Hause eilten und kalte Waschungen machten. Diese Wahrnehmungen können natürlich therapeutisch verwendet werden.

Aufzufassen wären diese Vorgänge als eine Art Reaktionserschöpfung der Haut, wie sie auch physiologischerweise mehr oder weniger vorhanden ist.

Zum Zustandekommen der Quaddeln selbst müssen sich Reize einer bestimmten Intensität summieren, bis sie einen gewissen Schwellenwert erreichen.

Einige Fälle von Schütz zeigten Heredität, was sonst selten verzeichnet ist. Prognostisch ist diese Urticariaform als sehr hartnäckig zu betrachten; bis zu 20 Jahren Dauer wird für einen Fall angegeben.

Unter den Arzneimitteln erwiesen sich entweder Natrium salicylicum oder Atropinum sulphuricum am meisten nützlich oder heilend. Nimmt man für die eigentliche Quaddelbildung und die Entstehung des stabilen „elastischen" Ödems an, daß eine Gefäßerweiterung durch Lähmung der Vasomotoren nach voraufgegangener Gefäßverengerung in manchen Fällen vorliege, so liegt es nahe, den Einfluß der Atropineinwirkung auf diesen Fall zu betrachten. Der günstige Effekt des Atropins bei der Urticaria scheint auf einer relativen Lähmung der Vasodilatoren, und zwar deren Endigungen, zu beruhen, so daß die sympathischen Fasern, von einem Hemmschuh befreit, den normalen Tonus wiederherstellen können. Diese Atropinwirkung braucht keine zentrale zu sein.

Das Natrium salicylicum erweitert direkt periphere Gefäße, entfaltet also eine dem Atropin konträre Wirkung; wahrscheinlich liegt den Urticariafällen, welche auf Natrium salicylicum zurückgehen, eine andere Entstehungsweise zu Grunde, wie den auf Atropin heilenden. *Neuhaus-München.*

Purpura senilis, von P. G. Unna. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1895. No. 82.) Bei der Purpura senilis fand der Verfasser degenerative Veränderungen der Haut, die bei anderen nicht-traumatischen Hautblutungen nicht in dem Umfange vorkommen, wie man es früher anzunehmen pflegte. Er hat sechs Fälle von Purpura senilis in den letzten fünf Jahren beobachtet, die stets alte Frauen und bis auf eine Ausnahme nur die Vorderarme betrafen. Ein Fall wird genau beschrieben. Allgemeinerscheinungen fehlen bei den Kranken, Jucken war nicht konstant. Den Begriff der Purpura senilis hat zuerst Bateman, dann Rayer festgestellt, Wilson und Fuchs bestätigen die Angaben dieser Autoren. Die späteren Dermatologen lassen den Begriff alle fallen, indem sie nichts Eigenartiges an dem Leiden finden, ohne eine eingehende Prüfung der historischen Daten vorzunehmen oder selbst Erfahrungen über das Leiden gesammelt zu haben. Unna hat nun eine histologische Untersuchung dieses Leidens ausgeführt, die interessante Befunde ergab. Beim ersten Falle zeigen die betroffenen Hautstellen dieselben Bilder, wie die sog. senile, d. h. verwitterte Gesichtshaut, alle Cutisbestandteile sind regressiv verändert, das normale Flechtwerk der Cutisfasern ist aufgehoben, die Haut ist brüchig geworden. Die Blutung befindet sich bei diesem Falle ausnahmslos in den mittleren und oberen, am stärksten degenerierten Cutispartien. Es sind streifenförmige Ekchymosen, die einzelne Hautvenen begleiten, oder gröfsere Ekchymosen, die die Haut bucklig auftreiben. Mitten in der Blutlache findet man stellenweise eine zerrissene Vene, als Zeichen einer Plexis; daneben ist aber auch bei der starken Anschoppung und Erweiterung der Venen die Möglichkeit einer Diapedesis nicht abzuweisen. Es schien in diesem Falle demnach die Blutung eine Folge der Cutisdegeneration oder einer Veränderung der Gefäfswandungen. Dieser Zusammenhang wurde aber unwahrscheinlich gemacht durch den Befund bei anderen Fällen, wo niemals eine Zerreifsung gefunden wurde, die Blutung dem venösen Gefäfsbaum folgte und offenbar per diapedesim entstanden war. Pigmentresiduen von früheren Blutungen wurden gefunden, sie bedingen, sobald frische Blutungen hinzutreten, die aufsergewöhnlich dunkle Färbung der betroffenen Hautstellen, welche man klinisch sieht. Verfasser neigt auf Grund seiner bisherigen Präparate zu der Anschauung, dafs Blutung und Degeneration Koeffekte derselben Ursache, der Senilität (Verwitterung) der Haut, sind; vielleicht fördert sogar die Blutungen die Degeneration, ebenso wie Wind und Wetter. Jedenfalls ist das Vorkommen einer Purpura senilis im Sinne Batemans festzuhalten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

C. Pianetta beschreibt einen Fall von **spontanen Ekchymosen der Ohren bei einer Hysterica.** (*Rif. med.* 1895, No. 228.) *C. Müller-Bern.*

Barlowsche Krankheit und sterilisierte Milch, von von Starck-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 42.) Als Hauptursache der als Barlowsche Krankheit bezeichneten skorbutartigen Erkrankung der Säuglinge wird eine fehlerhafte Ernährung angesehen. Die davon befallenen Kinder wurden meistens mit Milchkonserven oder Kindermehlen und stärkemehlhaltigen Surrogaten lange Zeit und ausschliefslich aufgezogen. Als eine für manche Säuglinge ähnlich fehlerhafte Form der Ernährung ist die mit sog. sterilisierter Milch, und zwar Dauermilch zu nennen, was Verfasser in Übereinstimmung mit Mennig bestätigt.

Welche Eigenschaften der Dauermilch, welche Veränderungen eigentlich diese schlimme Wirkung haben können, läfst sich kaum vermuten, weitere chemische Untersuchungen erscheinen noch nötig. Am wahrscheinlichsten erscheint es Verfasser, dafs die ausschliefsliche, durch lange Zeit fortgeführte Ernährung mit einer teils durch das hohe Erhitzen, teils auch durch längere Aufbewahrung in ihren

chemischen und physikalischen Eigenschaften veränderten Milch als Ursache der Erkrankung anzusehen ist.

Man wird daher die sterilisierte Milch, speziell die Dauermilch, keinesfalls als das beste Ersatzmittel der Muttermilch bezeichnen können. Der beste Ersatz der Menschenmilch ist die frische Kuhmilch, die nur den notwendigsten Manipulationen unterworfen werden soll, um etwaige schädliche Beimengungen zu beseitigen, wozu ein zehn Minuten langes Kochen, womöglich in einem zweckmäfsigen Milchkocher ausreicht.

Die Vorzüge sterilisierter Milch für besondere Fälle sollen nicht bestritten werden, z. B. für die Zeit der heifsen Sommermonate; aber frisch und rasch soll sie aufgebraucht werden. Nur ist es ungerechtfertigt, sie überall anwenden zu wollen, wo die Menschenmilch nicht zu haben ist. *Neuhaus-München.*

Traumatische Entzündungen.

Bemerkungen über den „eingewachsenen Nagel" der grofsen Zehe, von O. Bloch. (*Det kjöbenh. med. Selskabs Forh. i 1894—95.*) Obgleich viel über dieses Leiden geschrieben ist, kennt man doch dessen eigentliche Ursache nicht. Nach Verfasser wäre es in der Regel einer kleinen, im Anfang oft unbeachteten Läsion, die durch die Nägeltoilette entsteht und später infiziert wird, zuzuschreiben. Schlecht passendes Schuhzeug, die Form der Nägel etc. sollen nur eine sekundäre Rolle spielen. Eine tibiale Ulceration kommt häufig am rechten, eine fibulare am linken Fufs bei demselben Individuum vor, welches selbst seine Nägel mit der Schere behandelt. Verfasser gründet die Prinzipien der Behandlung auf diese pathogenetische Auffassung. — Während der Diskussion meint Tscherning, die Läsion könne durch viele andere Ursachen hervorgerufen werden, und hat im ganzen mehr den Eindruck bekommen, das Leiden wäre einem Decubitus + Infektion zuzuschreiben. Tscherning hat mehrere Patienten mit der Krankheit gleich im Anfangsstadium gesehen, wo es keine Ulceration gab, sondern eine clavusartige Epidermisverdickung unter dem Nagelrande; durch Entfernung dieses Clavus wird das Leiden beseitigt. In völlig entwickelten Fällen schneidet er einen tiefen Keil, die Ulceration und den Nagelrand umfassend, aus vereinigt mit ein paar Suturen die Wundränder und erreicht in wenigen Tagen primäre Heilung. Er hat nie Recidive gesehen. — Dr. Poulsen hebt als ein wesentliches ätiologischs Moment hervor, dafs der Nagelfalz bei dem betreffenden Individuum eine Tendenz zum Spalten hat; Touchieren mit Lapisstift beseitigt das Leiden im Anfange. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Über Wundscharlach, von Brunner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 23—30.) Verfasser kommt zu dem Schlufs, dafs beim Wundscharlach wenigstens die Streptokokken sich primär am Krankheitsprozefs beteiligen und dafs beim gewöhnlichen Scharlach dasselbe Verhalten mindestens wahrscheinlich ist. *F. Hahn-Bremen.*

Bei der **Behandlung von Verbrennungen** aller Grade wird im *Journ. de méd. et de chir. prat.* die allgemeine Anästhesie überall da empfohlen, wo es sich um verbreitete Läsionen handelt, damit die Reinigung (am besten mit warmem Wasser und Seife) und die Applikation von Medikamenten möglichst genau und schmerzlos vorgenommen werden können. Im allgemeinen empfiehlt es sich, möglichst seltene Verbände anzulegen, wenn möglich (bei vollständig aseptischer Fläche) nur einmal bis zur Heilung; nasse und fettige Topica taugen demnach nicht; am besten eignet sich der trockene Verband mit Bismuthum subnitricum (Bardelleben), das mit gleichem Teile Amylum vermischt wird. Dieses kommt entweder in Pulverform oder als Gaze direkt

auf die afficierten Partien, worüber eine Lage Watte kommt. Dieser Verband kann eventuell bis zur Heilung liegen bleiben. Jodoform eignet sich nur für kleinere Flächen wegen der Intoxikationsgefahr. Schöne Resultate liefern auch das Thiol und das Ichthyol.

Wichtig ist, daſs der Verband möglichst rasch, und noch bevor die Stelle infiziert ist, angelegt werden kann. (*Lo Sperimentale.* No. 31. 1895.)

C. Müller-Bern.

Hautrheumatismus oder Dermitis rheumatica, von Piassetzky. (*Méd. mod.* 1895. No. 54.) Die Affektion ist eine Erkältungskrankheit (kommt besonders vor bei Fischern, Wäscherinnen, Erdarbeitern etc.) und kann einen akuten oder chronischen Verlauf annehmen, lokalisiert bleiben oder sich über die ganze Hautdecke ausbreiten. Die lokalisierte Form hat ihren Sitz meist auf der linken Thoraxhälfte, dann in der Haut, welche die Wadengegend, den Deltoideus, den Nacken, die Lendenmuskulatur, die eine Oberschenkelfläche, den unteren Bauchabschnitt, die coxo-femorale und Glutealgegend bedeckt. Die Haut ist bei Berührung schmerzhaft, besonders wenn man sie in Falten aufhebt, die darunterliegenden Muskeln hingegen funktionieren normal und sind schmerzlos. Die Affektion kann für sich allein bestehen oder andere Krankheiten komplizieren (Myositis rheumatica, Influenza, Pleuritis sicca, Enteritis acuta). Es bestehen allgemeine Störungen in Form von Unwohlsein, ferner ziehende Schmerzen, Gefühl von Zusammenziehung, Kältegefühl, zuweilen heftiges Kopfweh; zu Endo- oder Pericarditis kommt es niemals. Bei Lokalisation am Thorax kann die Affektion einen asthmatischen Anfall vortäuschen. Die chronische Form bleibt meist auf einen kleineren Hautbezirk lokalisiert; die Patienten klagen dann über ein Gefühl von Eingeschlafensein der betreffenden Gegend.

Die Behandlung besteht in Einreibungen von Kampferöl mit Chloroformzusatz, in Applikation von Priesnitzschen Einpackungen und der innerlichen Darreichung von Natrium salicylicum. (Nach *Il Morgagni.* Dezember 1895.) *C. Müller-Bern.*

Neurotische Entzündungen.

Herpes der Glans penis bei Typhus, von H. W. Webber. (*Brit. med. Journ.* 18. Mai 1895.) Der Patient befand sich am zwölften Tage des Typhus und zeigte bei der ersten Besichtigung kleine Bläschen auf dem Dorsum der Glans, nahe der Corona. Die Glans selbst war unter der ziemlich langen Vorhaut beständig feucht. Schwellung der Inguinaldrüsen war nicht vorhanden, ebensowenig Ausfluſs aus der Harnröhre. An der Innenfläche der Vorhaut waren keine Bläschen zu sehen. Ein Herpes labialis fehlte ebenfalls. Die Abendtemperatur des Patienten betrug 102,2° F. Unter einer Borsalbe heilte der Ausschlag in wenigen Tagen ab, ohne irgend welche Spuren zu hinterlassen. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von bilateralem Herpes zoster im Gebiete des fünften Gehirnnerven, von C. E. Douglas. (*Brit. med. Journ.* 13. April 1895.) Der 18jährige Patient hatte drei Tage vor Ausbruch des Hautausschlages Kopfschmerzen und Erbrechen. Bei der ersten Untersuchung lag der Patient zu Bett und klagte noch über Kopfschmerzen, ohne den Sitz derselben genauer angeben zu können. Puls und Temperatur waren normal. Der Ausschlag bestand aus wohlumschriebenen, geröteten Flecken, auf denen sich zahlreiche helle Bläschen befanden. Insbesondere war die linke Seite des Gesichtes in dem Verbreitungsbezirke der sensiblen Äste des Quintus befallen. In ähnlicher Weise auch die rechte Gesichtshälfte. Die Affektion heilte rasch ab. *C. Berliner-Aachen.*

Bemerkungen über einen Fall von Herpes mit ungewöhnlicher Verteilung, von H. Drinkwater. (*Brit. med. Journ.* 13. April 1895.) Die 22jährige, unverheiratete Patientin klagte bei der ersten Visite über heftige Schmerzen auf der linken Seite des Halses und Nackens. Zwei Tage später zeigten sich Gruppen von Herpesbläschen auf derselben Seite und an Stellen, die etwa dem Verbreitungsbezirke des Plexus cervicalis superficialis entsprachen. Die Schmerzen hielten noch an und raubten andauernd der Patientin die Nachtruhe, bis der Verfasser Kampferspiritus, dreimal täglich fünf Tropfen auf Zucker einzunehmen, verordnete. Von dieser Zeit trat auffallende Besserung ein. Schon am nächsten Tage war die Patientin von ihren Schmerzen gänzlich befreit, die auch nicht mehr wiederkehrten. Was den Verfasser am meisten frappierte, war, dafs auch die Bläschen sich auffallend rasch zurückgebildet hatten, ohne einzutrocknen. Der Inhalt der Bläschen war resorbiert worden. Nach drei bis vier Tagen waren fast alle, ohne Spuren zu hinterlassen, verschwunden. — An dem beschriebenen Falle sind also zwei Eigentümlichkeiten hervorzuheben: 1. die Verteilung, welche auf den Ursprung im Sympathicus hinweist, 2. die Wirkung des Kampfers. Die Besserung trat so plötzlich und so unmittelbar nach Verordnung desselben auf, dafs Verfasser nicht ansteht, ihn bei der Behandlung des Herpes zu empfehlen. *C. Berliner-Aachen.*

William Osler macht auf die Wichtigkeit der **visceralen Komplikationen des Erythema exsudativum multiforme** aufmerksam. (*Americ. journ. of the med sciences.* Dezember 1895.) Sämtliche (11) Beobachtungsfälle des Verfassers, deren Krankengeschichte mitgeteilt wird, zeigten anfallsweise auftretende gastro-intestinale Störungen: Koliken mit oder ohne Erbrechen und Diarrhoen, fünfmal trat eine akute Nephritis auf, die in zwei Fällen zu allgemeinem Anasarka und zum Exitus letalis führte. Blutungen erfolgten aus Darm, Harnapparat und Nase je dreimal, in zwei Fällen aus dem Magen und aus der Lunge. In einem Falle war das Zahnfleisch schwammig und blutend, zweimal sind Milzschwellung und einmal wiederkehrende Anfälle von Bronchitis notiert. Gleichzeitige Schwellung und Schmerzen bestand in fünf Fällen. Bei den ungemein häufigen Recidiven können die sehr variablen Hautläsionen vollkommen fehlen; im ersten Falle des Verfassers waren die Anfälle zwei Jahre hindurch nur durch Fieber, Delirien, heftige intestinale Krisen charakterisiert; in einem weiteren Falle traten im Verlaufe der Erkrankung an die Stelle der Hauteruption ödematöse Schwellungen. Manche der als angioneurotische Ödeme bezeichneten Fälle, sowie manche rekurrierende gastro-intestinale Krisen unbekannter Ätiologie dürften wohl zum Erythema exsudativum gerechnet werden. Arsenik schien nur in zwei Fällen die Krankheit günstig zu beeinflussen; in allen übrigen Fällen war es wirkungslos. *H. Einhorn-München.*

Erythema faciei nervösen Ursprungs, von Molliére. (*Lyon méd.* 1895. No. 35.) Bei einem 19jähr. Mädchen, das eben einen akuten Gelenkrheumatismus mit leichter Pericarditis durchgemacht hatte und aus dem Spital entlassen werden sollte, traten plötzlich pfenniggrofse Erythemflecke (mit Bläschenbildung an der Peripherie) auf einer Wange auf, deren in den folgenden Tagen noch weitere folgten. Da tiefe Hemianästhesie bestand, wurde genannte Eruption auf Hysterie zurückgeführt.
C. Müller-Bern.

Morphoea herpetiformis, von Jonathan Hutchinson. (*Brit. med. Journ.* 1. Juni 1895.) Das Epitheton „herpetiformis" sollte für diejenigen Formen der Morphoea gebraucht werden, welche in ihrer Verteilung dem Herpes ähnlich sind Verfasser war in der Lage, eine Attacke der Morphoea herpetiformis bei der 63jähr. Patientin von Beginn an bis zu Ende zu verfolgen. Im Oktober 1892 bemerkte die

Patientin am Dorsum des Fufses, genau über der Basis der kleinen Zehe, einen rötlichen Ring, dem bald andere in der Nachbarschaft nachfolgten. Im Verlaufe der nächsten zwei Monate war der Fleck vollständig ausgeprägt. Drei Monate später begann die Stelle zu ulcerieren, zeigte jedoch keine Neigung, sich auszudehnen. Der Krankheitsprozefs hatte seinen Höhepunkt erreicht, nachdem etwa acht Monate seit Beginn verflossen waren. In den darauffolgenden Monaten bildete sich die Affektion langsam wieder zurück. Die Patientin ist nunmehr vollkommen gesund.

In einem anderen, dem vorstehenden sehr ähnlichen Falle waren beide Füfse, und zwar in ganz symmetrischer Weise, ergriffen. Auch hier beschränkte sich die Affektion, wie in dem ersten Falle, auf einen Bezirk, der innnerhalb der Verzweigungen des Nervus saphenus minor gelegen war.

Verfasser spricht sich eingehend über die Terminologie und die Einteilung der verschiedenen Formen der Morphoea aus. In letzterer Beziehung möchte er drei Gruppen unterschieden wissen: 1. Die Morphoea herpetiformis mit perlschnurartiger Anordnung der Efflorescenzen, und wenn auch zuweilen bilateral, so doch nicht mit genauer Symmetrie. 2. Die Morphoea acroterica, bei welcher, wenn auch die ganze Haut mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen werden kann, doch der Anfang und das Acmestadium der Krankheit sich fast immer an den Extremitäten äufsert. Es herrscht keine Anordnung in perlschnurartigen Streifen, wohl aber ist die Symmetrie stets markiert und Erscheinungen von Raynauds Krankheit nicht ungewöhnlich. Diese Form wird fast ausschliefslich bei jungen Frauen angetroffen und zeigt keine Tendenz zu spontaner Heilung. 3. Hier ist mehr das subkutane Gewebe als die Haut selbst in den Krankheitsprozefs verwickelt. Man sieht in dieser Gruppe keine elfenbeinartigen Flecke, noch sind die Extremitäten vorwiegend befallen.

Um die Fälle von Morphoea herpetiformis besser miteinander vergleichen und voneinander unterscheiden zu können, teilt Verfasser dieselben vom Gesichtspunkte ihrer topographischen Verteilung in verschiedene Gruppen ein.

I. Gruppe. Einzelne Verzweigungen des fünften Nerven oder des Cervical-Plexus sind ergriffen.

Die charakteristischen elfenbeinweifsen Streifen können auftreten auf der Stirn, um die Augenlider, hinter dem Ohre und am Halse, selten an den Wangen, am Kinn, an der Nase. Alle hierher gehörigen Fälle haben ihre genauen Analogien im Herpes zoster.

II. Gruppe. Der eine fünfte Nerv ist in seinem ganzen Bezirk befallen. (Hemiatrophie des Gesichtes).

III. Gruppe. Der Cervical-Plexus ist ergriffen. Hierher gehören die Fälle, bei welchen die Flecke am Halse, hinter dem Ohre, an den Wangen, vorn am Ohre oder an den Schultern gesehen werden. Diese Regionen sind nicht sehr selten ergriffen. Zumeist handelt es sich um Individuen im Jünglings- oder im mittleren Lebensalter.

IV. Gruppe. Verzweigungen des Plexus brachialis sind erkrankt.

Zumeist sind die oberen Extremitäten, aber niemals die Hände befallen. Fast immer sieht man auch Flecke im Gesicht, am Stamm und an den Beinen, welche letzteren häufiger, als die oberen Extremitäten, erkranken.

V. Gruppe. Die Dorsalnerven der einen Seite sind befallen. Die hierher gehörigen Fälle gleichen wieder in ihrer topographischen Verteilung sehr dem Herpes zoster.

VI. Gruppe. Bilaterale, in Zonen angeordnete Flecke. Zumeist ist in dieser Gruppe der Stamm bilateral befallen.

VII. Gruppe. Verzweigungen des Lumbal- und Sakral-Plexus sind erkrankt. Es handelt sich hier um Fälle, bei welchen die Unterextremitäten, und zwar fast stets

die Vorderfläche der Beine, befallen sind. Gleichzeitig kann wohl auch die eine Gesichtshälfte erkrankt sein, wie dies einige publizierte Fälle aus der Litteratur beweisen.

VIII. Gruppe. Morphoea herpetiformis und gleichzeitig acroterica.

Beide Formen können unabhängig voneinander auftreten, jedoch auch kombiniert in einem gewissen ursächlichen Zusammenhange miteinander stehen. In einem vom Verfasser beschriebenen Falle zeigte der Patient Elfenbeinflecke an beiden Seiten des Abdomens gleichzeitig mit diffuser Sklerodermie an beiden Händen und Vorderarmen und an den Wangen in der Gegend des Kieferwinkels.

Der Verfasser bespricht die einzelnen Gruppen ausführlich und illustriert dieselben durch eine Anzahl von Krankengeschichten. *C. Berliner-Aachen.*

Über Erythromelagie oder kongestive Neurose der Extremitäten. Von dieser Affektion, welche sich bekanntlich hauptsächlich durch Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit auszeichnet, beschreibt Glorieux (*La Policlinique*. 1895. No. 23.) einen Fall bei einem zehnjährigen Mädchen. Die genannten Veränderungen traten bei dem Kinde zwei- bis dreimal täglich in halbstündlichen Anfällen auf, wobei zuerst die Finger an einer Hand mit allmählichem Übergang auf das Handgelenk, dann die andere Hand, der eine und der andere Fuſs befallen wurden. Die Patientin war hereditär nervös belastet, hysterische Stigmata fehlten. *C. Müller-Bern.*

Akute Exantheme.

Mitteilungen aus zwei Scharlachepidemien in den Jahren 1884/85 und 1894/95 in der Münchener Garnison, von Vogl. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 42.) Aus der wohl beachtenswerten Arbeit seien hier folgende Daten hervorgehoben: Im Durchschnitt hat der Scharlach 79,2 Tage lang in der Compagnie gebraucht, und zwar innerhalb ganz geringen Schwankungen.

Der zeitliche und örtliche Gang der beiden Epidemien hat übereinstimmend dargethan, daſs die Übertragung des Scharlachs ganz überwiegend im Stadium der Inkubation und Eruption stattgefunden hat, und daſs die Verbreitung durch lokale Vermittlung, durch dritte Personen, durch Gegenstände und durch Schuppung keine Rolle gespielt hat. Doch scheinen lokale Verhältnisse im stande zu sein, dem Auftreten des Scharlachs förderliche Bedingungen zu setzen, wie auch eine zeitliche Disposition zum epidemischen Auftreten angenommen werden muſs; es war beide Male eine Winterepidemie. Alle Fälle, bei denen das Exanthem zu vermissen war, wurden nur als unvollkommene Beteiligung des Hautorgans an der Scharlachinfektion gedeutet; jede bei ihnen vorkommende Angina wurde als scarlatinosa gedeutet; der weitere Verlauf brachte rudimentäre Schuppung oder Albuminurie und selbst Nephritis und rechtfertigte die Vorsicht.

Bei der Epidemie von 1894/95 zeigte sich die Eigenart in der Schwäche und Anomalie der Hautaffektion, sehr häufig war der Ausschlag masernartig. Nach den Scharlachepidemien gab es sofort und öfters erst später Leute, die skarlatinöse Herzerkrankung aufwiesen, der Scharlach ist deshalb als Armeekrankheit sehr ernst zu nehmen.

Die Mortalität betrug 4 %, resp. 1,2 %.

Die Prophylaxis ist von gröfster Bedeutung, hat aber bedeutende Schwierigkeiten. Die Übertragung des Scharlachs erfolgt in der Hauptmasse durch direkten Kontakt während der Inkubation, d. i. 3—5 Tage vor Ausbruch der Krankheit; es sichert deshalb nur diejenige Prophylaxis einen Erfolg, welche in diesem eng bemessenen Zeitraum mit Energie einzugreifen in der Lage ist. *Neuhaus-München.*

Über die Mikroorganismen im Blute von Scarlatinakranken. Ein Beitrag zur Kenntnis der Ätiologie der Scarlatina, von Joseph Czajkowski. (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk.* 1895. No. 4.) Der Verfasser fand in dem Blute von 13 Scharlachkranken bei der Untersuchung von Trockenpräparaten einen Diplococcus, der in sehr spärlicher Zahl frei im Blute schwamm, sich schwach färbte, nach Gramscher Methode sich entfärbte. Aus dem Blute konnte er auch, auf flüssigen Nährböden besonders, die Diplokokken züchten; sie bilden einen gelb-weifslichen, körnigen Niederschlag auf dem Boden des Reagenzglases. Die Impfung von Kaninchen blieb erfolglos, Mäuse aber starben stets in drei bis vier Tagen. Im Blute der verendeten Mäuse fand er stets dieselben Diplokokken. Verfasser enthält sich aller weitgehenden Schlüsse.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Grasset berichtet über einen Fall von **Scarlatinaübertragung durch einen Brief.** (*Ann. d'hyg. publ.* August 1895.) *C. Müller-Bern.*

Douglas führt die Fälle von **plötzlichem Tode im Verlaufe von Scarlatina,** in denen die Autopsie keinen Aufschlufs giebt, zurück auf eine Intoxikation durch das skarlatinöse Virus, sei es, dafs es in übermäfsiger Menge produziert wird, oder dafs die Elinimation nicht in hinreichendem Mafse stattfindet. Ähnliche Zufälle wurden bei Morbus Addisonii beobachtet; auch hier nimmt D. für die Ursache des plötzlichen, unvorhergesehenen Todes eine Überschwemmung des Organismus mit Pigmentstoffen an, die durch die erkrankten Nebennieren nicht zerstört werden können. (*Journ. des Praticiens.*) *C. Müller-Bern.*

Über die Mikroorganismen der Masern, von Joseph Czajkowski. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1895. No. 17/18.) Verfasser berichtet über die bei Masernkranken im Blute und Schleimsekret der Nase gefundenen Bacillen, über die er schon 1892 Mitteilung gemacht. Er fand sie konstant bei 56 Masernfällen während vier Epidemien. Sie zeigen lebhafte Bewegungen, sind verschieden lang, färben sich mit allen Anilinfarben, wenn auch nicht gleichmäfsig, werden nicht gefärbt nach Gramscher Methode. Die Kulturen gedeihen auf flüssigen und Eiweifs enthaltenden Nährböden, nicht auf Gelatine und Agar, wohl aber auf Glycerinagar und unter Zusatz von Hämatogen Hommel. Bouillon und sterilisiertes seröses Exsudat aus der Bauchhöhle sind die besten Nährböden. Es entsteht ein weifses, ziemlich schweres Sediment. Kaninchen sind gegen die Bacillen immun, Mäuse sterben in 3—4 Tagen unter Erscheinungen der Septikämie. Im Blut, Milz, Leber der Tiere sind die Bacillen zu finden. — Verfasser hält diese Bacillen für die Erreger der Masern und identifiziert sie mit den von Canon gefundenen. (Ob letzterer seine Bacillen noch aufrecht erhält? Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Raymond berichtet über einen **Fall von Ophthalmoplegia externa bilateralis mit rechtseitiger Hemiplegia nach Masern.** (*Nouv. iconogr. de la Salpêtr.* 1895. No. 5.) *C. Müller-Bern.*

Gestützt auf seine Erfahrungen während grofser **Pockenepidemien,** hält es Lemaire (*Ann. d'hyg. publ.* August 1895) für notwendig, dafs alle Leute unter gewöhnlichen Verhältnissen alle zehn, acht oder noch besser alle fünf Jahre wiedergeimpft werden; in Zeiten von Epidemien aber sollen alle der Wiederimpfung unterzogen werden, bei denen eine solche innerhalb fünf Jahren nicht mehr vorgenommen worden. *C. Müller-Bern.*

Beitrag zur Kenntnis des Variolaparasiten, von Sicherer. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 34.) Durch die Forschungen von Guarnieri und L. Pfeiffer

ist die Thatsache festgestellt, dafs in der Vaccine- und Variolalymphe konstant gewisse endocellulär-parasitisch lebende Sporozoen vorkommen, welche im Epithel der lebenden Cornea als Zellschmarotzer sich anzusiedeln und zu vermehren befähigt sind. Von hier aus bleibt offenbar nur noch ein Schritt bis zu dem völligen Beweise, dafs diese Sporozoen als die wirklichen spezifischen Erreger der Variola und Vaccine angesehen werden müssen. Zum Zwecke dieses Beweises hat Sicherer analoge Impfversuche angestellt und kommt auf Grund derselben zu folgendem Resumé:

Es handelt sich bei der Impfung mit Vaccinelymphe in die Kaninchen-Cornea um eine ganz lokalisierte Infektion, herbeigeführt durch den von Guarnieri und L. Pfeiffer als Erreger der Variola aufgefafsten tierischen Parasiten (Cytoryctes-Guarnieri), welcher einen Zellschmarotzer darstellt, der nur das Protoplasma angreift, den Kern aber unberührt läfst, weshalb auch das Leben der Wirtszelle ziemlich lange erhalten bleibt.

Die Untersuchungen von Guarnieri und Pfeiffer erhalten also durch die Resultate Sicherers weitere Bestätigung. *Neuhaus-München.*

Klinisch-statistische Bemerkungen über die Blatternepidemie in Triest (1892—94), von A. de Manussi. Die sehr detaillierte und ausführliche Zusammenstellung weist eine Mortalität von 18,8% bei einer Gesamtzahl der Erkrankungen von 764 (351 Männer, 413 Frauen) auf, von denen 290 nicht vacciniert (Mortalität 32,7%) und 459 vacciniert (Mortalität nur 9,1%) waren. Verfasser giebt eine genauere Beschreibung des Fieberverlaufes, der Erscheinungen an der Haut und den Schleimhäuten, den Verdauungsorganen, der Milz, den Respirations- und Cirkulationsorganen, dem Nervensystem und den Sinnesorganen, dem Urogenitalsystem und schliefst daran Bemerkungen über Diagnose, Prognose und Therapie. In fast allen Fällen mit tödlichem Ausgange wurde die Sektion gemacht; über 22 derselben wird der Befund mitgeteilt. (Triest 1895.) *C. Müller-Bern.*

Pocken und Impfung im Jahre 1894, Bericht über die Epidemie in der Stadt Willenhall, von Dr. Hartill. (*Brit. med. Journ.* 20. April 1895.) Es erkrankten während der Epidemie an echten Pocken 842 Individuen, von denen 588 zu Hause und 254 im Hospital behandelt wurden. Es starben 16 unter 5 und 31 über 5 Jahre alt. Unter 830, von denen Notizen gemacht worden waren, sind 89 niemals geimpft worden. Und von diesen starben 30, während unter den 739 Geimpften nur 16 Todesfälle zu verzeichnen waren. Von denen, welche wiederholentlich geimpft waren, ist keiner gestorben. Die vorstehende Zahlen beweisen die Wichtigkeit der Vaccination und der Revaccination. *C. Berliner-Aachen.*

Vaccination und Blattern in Birmingham, von Dr. Hill. (*Brit. med. Journ.* 22. Juni 1895.) Es erkrankten bei der Epidemie im Jahre 1894 in Birmingham an den Blattern 2074 Personen, von denen 171 (8,2%) starben. Von den Erkrankten waren 1769 geimpft; es starben von diesen 77 (4,4%); nicht geimpft waren 224; es starben von diesen 75 (33,5%). Zweifelhaft, ob geimpft oder nicht geimpft, waren 81 Fälle, von denen 16 (16%) starben. Die meisten Todesfälle fallen zwischen das 25. bis 45. Lebensjahr bei den Geimpften und zwischen das 5. bis 15. Lebensjahr bei den Nichtgeimpften *C. Berliner-Aachen.*

Vaccination und Pocken in Walsall, von Dr. S. Wilson. (*Brit. med. Journ.* 11. Mai 1894.) Bei der Epidemie in Walsall erkrankten 945. Von diesen waren 687 geimpft, 239 nicht geimpft. Von den 687 Geimpften starben 9 (1,31%), von den 239 Nichtgeimpften starben 70 (29,3%). Die Zahlen sprechen zur Genüge für die Impfung. *C. Berliner-Aachen.*

Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1894, vom Centralimpfarzt Dr. L. Stumpf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 46 u. 48.) Der statistische Teil mit seinem detaillierten und reichen Zahlenmaterial ergiebt ähnliche Daten, wie die vom Jahre 1893 in dieser Zeitschrift bereits referierten.

Von den klinischen Erfahrungen mögen einige erwähnt werden, welche weniger bekannt sind.

So wurde vielfach beobachtet, dafs jüngere, schwächliche und kränklich aussehende Kinder oder solche, welche kürzlich Infektionskrankheiten durchgemacht hatten, geringere Impferfolge aufwiesen, als ältere und kräftig entwickelte Impflinge. Mehrfach wurden Doppelpusteln und ganze Pustelreihen, aus einzelnen Schnitten entstanden, wahrgenommen.

Kurz vorausgegangene oder auch in der Florescenz oder Abtrocknung befindliche Varicellen hatten auf die Wirkung der Impfung und den Verlauf der Impfpusteln keinen Einfluſs.

Masern wurden zugleich mit den Impfpusteln wiederholt beobachtet, der Verlauf beider Exantheme war gleichwohl ein ganz normaler.

Stärker blutende Schnitte verhinderten oftmals die Entwickelung der Pusteln in keiner Weise.

Exantheme nach der Impfung traten öfters auf.

Kleinfleckige und groſsfleckige, auch papulöse Erytheme werden öfters geschildert, manchmal war Fieber damit verbunden.

Ein Impfarzt sah in einem Falle bei einem Erstimpfling eine eigentümliche ödematöse Anschwellung der Haut fast am ganzen Körper verbreitet, ohne jede entzündliche Reaktion der Haut. Diese Anschwellung trat am zweiten Tage auf und hatte sich am sechsten Tage wieder vollkommen zurückgebildet, ohne dafs das Wohlbefinden des Kindes wesentlich darunter gelitten hätte. Zweimal entwickelten sich aus den Impfstellen Geschwüre.

In einem Falle aus München entstand in der dritten Woche nach der Impfung durch sekundäre Infektion der Impfstelle des rechten Oberarmes ein fistulöser Zerfall des Unterhautzellgewebes nach der Achselhöhle hin, mit Vereiterung eines Drüsenpaketes dieser Axilla.

Ein Impfarzt berichtete von sich selbst, dafs bei ihm, der im ersten Lebensjahre Variola vera überstanden hatte, die Immunität die nächsten 47 Jahre anhielt.

Fälle von Impf-Rotlauf wurden in diesem Jahre nur wenige bekannt. Dieselben verliefen mit Ausnahme eines einzigen gutartig.

Im allgemeinen äufserten sich die meisten Impfärzte dahin, dafs die Impfung eigentlich auf einem durchaus einwandfreien Punkte angelangt sei.

Neuhaus-München.

Zur Kenntnis des Vaccineprozesses, von Josef Sobotka. (*Zeitschr. f. Heilkde.* XIV. No. 5 u. 6.) In einer ausführlichen fleifsigen Arbeit aus der Ganghoferschen Klinik in Prag, die reich ist an Krankengeschichten, Tabellen und Kurven, bespricht Verfasser eingehend den Verlauf des Vaccineprozesses. Ohne genauer hier auf den Inhalt eingehen zu können, sei nur einzelnes kurz hervorgehoben:

Das Fieber zeigt einen typischen Gang und ist charakterisiert durch die dritte Phase, welche das eigentliche Vaccinefieber darstellt und jenseits des siebenten Tages beginnt. Dieses Vaccinefieber zeigt die allgemeine Durchseuchung des Körpers mit dem Vaccinegift an. In diese Periode fällt auch eine beträchtliche Vermehrung der Stickstoffausscheidung, der eine Leukocytose vorausgeht. Dem oft bedeutenden Abfall der Leukocytose folgt dann am 10.—12. Tage eine neue Steigerung. Das Verhalten

der Leukocyten ist ein dem Verhalten derselben bei der Variola ganz analoges, deren Initialfieber dem Vaccinefieber (dritte Fieberphase) entspricht.

Am zehnten Tage der Vaccine tritt in manchen Fällen ein Exanthem auf, bestehend aus kleinen roten Stippchen, die sich bald zu unendlichen, roten, unregelmäfsigen Flecken entwickeln. Es kann auch zur Bildung von oft gedellten Bläschen kommen. Es kann dieser Flecken auch ein rotgraues Feld um ein zentrales Knötchen darstellen. Dieses Exanthem ähnelt sehr dem zuweilen auftretenden morbillenartigen Exanthem bei beginnender Variola.

Verfasser vergleicht den Verlauf der Vaccine und denjenigen der inokulierten Pocken, wie er in der Litteratur aus der Zeit der Variolisation geschildert ist, und findet eine grofse Ähnlichkeit der Prozesse. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Vaccineimmunität, von Beumer und Peiper. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 34.) Die Verfasser prüften die Frage, ob sich im Blute geimpfter Kälber Schutzstoffe befinden, die, auf andere Kälber übertragen, diesen Immunität verleihen. Fünf Versuche führen sie zu dem Schlusse: „Im Blute, beziehentlich Blutserum geimpfter Kälber befinden sich keine Schutzstoffe, die, auf andere Kälber übertragen, diesen Immunität zu geben vermögen, oder es sind wenigstens diese Schutzstoffe in solch geringer Menge vorhanden, dafs deren praktische Verwendung ausgeschlossen ist." *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Vaccineimmunität, von Friedlaender-Lauenburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 39.) Die bisherigen Untersucher hatten behauptet, dafs sich im Blute, bezw. Blutserum geimpfter Kälber keine Schutzstoffe finden, welche, auf andere Kälber übertragen, diesen Immunität geben. Der Fehler dieser Versuche liegt darin, dafs die Untersucher meist schon zwei bis drei Tage nach der Injektion ihre Kontrollimpfung machten. Macht man diese später, so wird man wohl Immunität finden, denn auch die Vaccination schützt nicht sogleich, sondern erst nach mehreren, ca. sieben Tagen, wie sich Verfasser durch häufige Untersuchungen bei Vaccinationen und Pockenepidemien überzeugen konnte. *F. Hahn-Bremen.*

Serum vaccinicum und seine Wirkungen, von Jaroslav Hlava und Ivan Honl. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 40.) Verfasser gingen von dem Wunsche aus, die Vaccination mit Lymphe zu substituieren durch Präventivimpfungen mit Serum vaccinicum. Sie stellten deshalb zunächst verschiedene Arten dieses Serums dar:

A. Serum vaccinicum vitulinum. Ein Kalb wurde wiederholt mit Lymphe geimpft, bis es sicher immun war und dann aus einem Blute das Serum gewonnen. Am vierten Tage nach der Impfung wurde die Lymphe den Pusteln entnommen. Das Serum wurde zwei Kälbern injiziert, worauf bei der später vorgenommenen Impfung in zwei Fällen nur unvollkommene Pusteln sich entwickelten, die charakteristische Temperatursteigerung blieb aus; in einem Falle blieben die wiederholten Impfungen resultatlos. Die Versuche bei 18 Kindern ergaben, dafs bei sechs Fällen die folgende Impfung gar keine, bei den übrigen nur wenige Pusteln hervorrief.

B. Serum vaccinicum von Tieren, denen die Lymphe nicht entnommen war. Dieses Serum erwies sich als viel minderwertiger.

C. Serum plasma-haima-vaccinicum. Am vierten Tage nach der Impfung entnommenes Blut, behandelt mit Natrium citricum und Natrium oxalatum 2%.

Dieses Serum vereitelte den Erfolg der später ausgeführten Impfung, wenn es in einer Menge von 0,6—1,0 ccm pro 1 kg Körpergewicht injiziert wurde, es vermag daher die Vaccinelymphe zu ersetzen. Ob die wirksamen Stoffe Schutzstoffe oder

„Vaccinekeime" sind, lassen die Verfasser dahingestellt, ebenso, ob dasselbe sich als Heilmittel gegen Variola bewähren wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Versuche über den Nachweis von Schutzstoffen im Blutserum bei Vaccine, von Rembold. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1895. No. 4.) Die bisherigen Versuche, Schutzstoffe im Blute Vaccinierter nachzuweisen, sind negativ ausgefallen. Da sie alle nach einmaliger Impfung ausgeführt wurden, prüfte Verfasser die Frage nach wiederholter Impfung. Da eine Steigerung der Virulenz der Lymphe nach unserem Wissen nicht möglich ist, suchte er durch Vergrößerung der Impfflächen eine quantitative Steigerung der Infektion zu bewirken. Das Ergebnis ist auch hier ein fast negatives, ein schützendes Blutserum wurde selbst durch fünf Impfungen nicht erzielt. Es erscheint deshalb die Erhaltung eines immunisierenden Blutserums aussichtslos, so lange man nicht eine qualitative Steigerung der Virulenz der Lymphe bewirken und durch Zufuhr immer virulenterer Vaccinemengen eine vollkommene Immunisierung erzielen kann. Daß überhaupt Schutzstoffe gebildet werden, beweist der Umstand, daß sehr große Serummengen eine Abschwächung der Vaccinewirkung doch erreichen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Impfung mit sterilen Instrumenten, von Waibel. (*Münch. méd. Wochenschr.* 1895. No. 46.) Verfasser empfiehlt mit Nachdruck, für die Impfung sich der einfachen und doch völlige Sterilisation gewährenden Methode von Lindenbein zu bedienen, welche darin besteht, daß man eine durch Ausglühen steril gemachte Platiniridium-Klinge zum Impfakte benutzt. In fünf Sekunden ist das Messerchen in der Spiritusflamme rotglühend und nach acht Sekunden völlig abgekühlt. Es schneidet weniger scharf als ein Stahlmesser, man drückt daher beim Impfen mit demselben etwas stärker. Wird die Schneide stumpf, so läßt sie sich auf einem gewöhnlichen Schleifstein schärfen.

Waibel hat über 900 Impfungen vollzogen und nach jeder einzelnen Impfung das Messerchen geglüht, ohne daß dasselbe die Schneide im geringsten einbüßte oder sich in Gestalt und Beschaffenheit veränderte.

Der geringe Zeitverlust von einer halben Minute für die Impfung eines Kindes könne sicher nicht in Betracht kommen gegenüber dem Gewinne, daß die Übertragung von Krankheitskeimen bestimmt vermieden wird. *Neuhaus-München.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Erfahrungen über den Wert der meist gebrauchten Proben für den Nachweis von Zucker im Harn, von Adolf Jolles. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1894. No. 45.) Da ich über diesen Vortrag schon ein kurzes Referat gegeben (Bd. XIX, Seite 499), so will ich hier nur einiges noch nachholen: Unter den reduzierenden Substanzen, welche bei den Reduktionsproben einen Zuckergehalt vortäuschen können, nehmen neben Harnsäure und Kreatinin die Harnfarbstoffe und Gallenfarbstoffe eine wichtige Rolle ein. Das Ammoniak, welches das Kupferoxydul in Lösung hält und dadurch die Reduktionsprobe beeinträchtigen kann, beträgt in normalen Harnen nur 0,06—0,88 g für die 24stündige Harnmenge. Gewöhnlich ist aber bei Zuckerharnen, welche der Untersuchung zugeführt werden, durch das längere Stehen bereits eine Zersetzung des Harnstoffes in einem höheren oder geringeren Grade eingetreten, so daß der Einfluß des Ammoniaks unter Umständen auf den Ausfall der Reduktionsprobe sehr störend einwirken kann.

Bei der Nylanderschen Probe, die nur bei einem Zuckergehalt über 0,3% sicher ist, muß das Eiweiß durch Kochen entfernt werden, nicht durch Ausfällen, da im Niederschlage Zuckerspuren zurückgehalten werden.

Neben den aktiven Harnbestandteilen, welche das Ergebnis der polarimetrischen Probe beeinflussen, kommt auch den im Harne ausgeschiedenen Arzneistoffen ein störender Einfluſs zu. Besonders zeigt sich dieser Einfluſs nach Einnahme von Benzosol und Myrtillus. (Die polarimetrische Bestimmung führt daher bei Prüfung der Wirksamkeit dieser Mittel zu falschen Schlüssen.) Zur richtigen Ausführung der Gärungsprobe ist nötig, vollkommen stärkefreie und reine Hefe zu verwenden; der Versuch, den Gärungsprozeſs durch Erhöhung der Temperatur abzukürzen, ist nicht empfehlenswert.

Bei der Phenylhydracinprobe sind die Glykuronsäurekrystalle von den Glykosazonkrystallen mikroskopisch leicht zu trennen. Die Dauer des Kochens hat im Gegensatz zu der von Hoisohl gemachten Angabe keinen Einfluſs auf die Entstehung der ersteren. Die Empfindlichkeitsgrenze der Phenylhydracinprobe liegt im Durchschnitt bei 0,03%. Bei uratreichen, eiweiſshaltigen und konzentrierten Harnen ist sie eine geringere.

Die Hoppe-Seylersche Probe, welche auf der Bildung von Indigo beruht, ist nur in der Modifikation von A. Jolles für klinische Zwecke zu rascher Orientierung über das Fehlen oder Vorhandensein von Zucker über 0,4% wegen ihrer leichten Ausführbarkeit zu empfehlen. Sie wird folgendermaſsen ausgeführt: 10 ccm einer 1/2%igen Lösung von O-Nitrophenylpropiolsäure in Natronlauge und Wasser werden in einem Erlenmeyerschen Kölbchen bis zum Kochen erhitzt. Dann läſst man tropfenweise den Harn, bis die Lösung eine deutliche Blaufärbung zeigt, aus der Bürette zufließen. Werden dazu 3 ccm Harn und mehr gebraucht, dann ist der Harn zuckerfrei. Der Verbrauch von 0,1—0,5% Harn beweist Zuckergehalt über 1%. Durch entsprechende Verdünnung kann man auch gröſsere Zuckermengen differenzieren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Barbera beschreibt (*Bull. d. scienze med.* März 1894) **ein neues Quecksilber-Ureometer**, welches nach dem Prinzipe von Albertoni konstruiert ist. Dasselbe besteht aus einer graduierten Bürette von bestimmtem Inhalte mit ampullenartiger Erweiterung am unteren Ende, die mit einem Gummischlauch (zur Aufnahme des Quecksilbers) in Verbindung steht. Die Luftleere im Apparate wird durch Heben und Senken der Quecksilbersäule hergestellt. Als Reagens dient Natriumhypobromit, welches vermittelst eines am Apparate angebrachten Glastrichters in die Ampulle eingegossen wird. Zur Aufnahme des Harns trägt die Bürette am oberen Teile eine trichterförmige Ausweitung. Die Bromlösung zersetzt den Harn, und der sich entwickelnde Stickstoff sammelt sich im oberen Teile der Bürette an, wo er abgelesen und durch Reduktion auf 0° C. und 760 mm Druck bestimmt wird (Formel von Régnault).

C. Müller-Bern.

Ein volumetrisches Verfahren zur Dosierung des Eiweiſses im Harne. Dasselbe beruht nach Pittarelli (*Rif. med.* 1894. No. 222) auf dem Prinzipe, daſs Jodquecksilber-Jodkalium mit Eiweiſs unlösliche Verbindungen eingeht und Stärkekleister bei Anwesenheit von Eisen-, Kupfer- oder Talliumsalzen blau färbt. Das Reagens wird in folgender Weise dargestellt: Man nimmt einerseits 2,0 reinen getrockneten Eiweiſses und löst es ad 200,0 in physiologischem Harne (Kontrolllösung). Andererseits werden 20,0 Jodquecksilber-Jodkalium ($KHgI_2I$) in einem genügenden Quantum angesäuerten Wassers (gewöhnlich 700—750,0) gelöst, so daſs 10 ccm dieser Lösung zu 10 ccm der Eiweiſslösung, nach vorhergehender Ansäuerung (5—6 Tropfen HCl) und Vermischung mit 3—4 Tropfen Eisenchlorid, sowie etwas Stärkekleister gelöst, eine leicht blaue Färbung geben. Ein Kubikzentimeter des Reagens schlägt unter diesen Umständen 0,01 Eiweiſs nieder, und auf 10 ccm Harn übertragen, entspricht dies 1,0 Eiweiſs pro Liter Harn.

Das Verfahren ist nun folgendes: Zehn Kubikzentimeter mit Magnesia usta geklärten Urins werden angesäuert (5—6 Tropfen HCl) und mit 2—4 Tropfen Eisen-

chlorid samt etwas Stärkekleister versetzt. Unter wiederholtem Schütteln wird nun nach und nach das Reagens hinzugegeben, bis Blaufärbung eintritt. Die Zahl der hinzugefügten Kubikzentimeter des Reagens (an der graduierten Röhre abzulesen) giebt in Grammen die Eiweifsquantität auf den Liter Harn an. *C. Müller-Bern.*

Experimentelle und klinische Beiträge zur Pathogenese der Albuminurie, von Semmola. (*Internat. klin. Rundsch.* 1894. No. 34.) Eine physiologische Albuminurie existiert nicht, das Eiweifs mufs erst dialysierbar, diffundierbar werden, wenn es ausgeschieden werden soll; in der Norm ist seine Funktion eine „intraorganische". Wo dialysierbares Eiweifs ins Blut gelangt, mufs Albuminurie eintreten, denn dann ist es unassimilierbar geworden und mufs ausgeschieden werden. Chemisch ist die im dialysierbaren Eiweifs vor sich gegangene molekulare Veränderung der Konstitution nicht nachweisbar, man mufs sie deshalb aus der biologischen Funktion erschliefsen. Die Injektionen von Hühnereiweifs, zahlreiche Fälle von Albuminurie beweisen, dafs eine Läsion des Nierenepithels nicht zur Ausscheidung von Eiweifs nötig ist; die Ausscheidung des dialysierbaren Eiweifses ist eine normale Nierenfunktion.

Das dialysierbare Eiweifs findet sich im Blute:

a) Infolge excessiver Einführung eiweifshaltiger Nahrung, welche die funktionelle Thätigkeit sämtlicher dazu dienender Organe nicht assimilierbar machen konnten.

b) Bei gewöhnlicher Menge alimentärer Eiweifssubstanzen, wenn die Assimilierbarkeit derselben infolge mangelhafter Funktion entsprechender Organe nicht in genügendem Mafse hergestellt wird, ein Teil dialysierbar wird.

c) Nach subkutaner Injektion von irgend einem dialysierbaren Eiweifs (Hühnereiweifs).

In allen diesen Fällen entsteht Albuminurie, nicht als Ausdruck einer Nephritis, sondern als ein Phänomen organischer Elimination oder Depuration. Diese Albuminurie ist eine hämatogene im Gegensatz zur nephrogenen; nur bei der ersteren findet sich stets Eiweifs in der Galle (Albumino-Cholie); die letztere kann bei längerem Bestande in die erstere übergehen. Das Anasarca bei der Albuminurie ist eine Wirkung der alterierten chemisch-molekularen Konstitution der Bluteiweifskörper, nicht der Hydrämie.

Bei experimenteller Albuminurie, erzeugt durch Kantharidin oder Merkur, ist das Mifsverhältnis zwischen dem Grade der Eiweifsausscheidung und den Nierenveränderungen auffallend. Die Injektion von Hühnereiweifs reproduziert die klinische Form des Morbus Brightii vollkommen. Man erhält:

a) unmittelbare Albuminurie nach einigen Stunden, später zunehmend;

b) Ausscheidung einer dem injizierten Hühnereiweifs entsprechenden Eiweifsmenge;

c) seröse Infiltration des Unterhautzellgewebes (Anasarca);

d) chronische Nephritis mit allen ihren Folgen;

e) Alteration des Augengrundes als Choroideo-Retinitis, intra vitam und histologisch festgestellt.

Auf Grund dieser Anschauung mufs man die Therapie in andere Bahnen lenken; Adstringentia können ebensowenig helfen, wie die Zufuhr gröfserer Mengen alimentären Eiweifses. Nur Milchdiät, methodische Anregung der unteren Funktionen, Vermehrung der Oxygenmenge, Jodnatrium, Natriumphosphat etc. können die Dystrophie ändern.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die sog. physiologische Albuminurie, von Stiennon. (*Arch. clin. belg.* März 1895.) Gestützt auf die Thatsache, dafs bei 37,5 bis 40% scheinbar ganz gesunder Individuen im Urin wechselnde Mengen von Eiweifs unter verschiedenen Be-

dingungen gefunden werden können, haben einige die Theorie einer „physiologischen" Albuminurie aufgestellt, während andere (Lecorché, Talamon) für solche Fälle stets das Bestehen einer, wenn auch geringgradigen, Störung der Nieren annehmen. Verfasser ist nun der Ansicht, dafs ganz geringe Eiweifsmengen bei sonst gesunden Individuen nichts Alarmierendes bedeuten, andererseits aber, dafs absolut normale Nieren kein Eiweifs durchtreten lassen, so dafs von einer wirklichen physiologischen Albuminurie niemals die Rede sein kann. *C. Müller-Bern.*

Ein Fall von cyklischer Albuminurie, von H. Albers-Schönberg. (*Jahrb. d. Hamburg. Staatskrankenanst.* Bd. III.) Pavy hat 1855 zuerst das Krankheitsbild der cyklischen Albuminurie scharf gezeichnet. Da das Allgemeinbefinden durch dieselbe nicht gestört ist, begegnet man dem Leiden in Krankenhäusern nur selten. Die cyklische Albuminurie schliefst stets jedes Nierenleiden, auch jedes überstandene aus. Pavy sah bald nach dem Aufstehen Albumen im Urin auftreten, anfangs zunehmend, gegen Abend abnehmend, nachts schwindend. Nahrung und Bäder fand er ohne Einfluss. Im Urin fand er zwei Albuminstoffe, erstens Mucin und Alkalialbumin, das durch organische Säuren gefällt wird, zweitens Serumalbumin, niemals Formelemente, häufig Krystalle von Calciumoxalat. Senator glaubt, dafs Nierenaffektionen dem Leiden zu Grunde liegen, ebenso Budde, Leube, Johnsohn, der unter 20 Fällen cyklischer Albuminurie 13 Mal Nephritis fand. Das Maximum der Ausscheidung liegt nicht immer in den Morgenstunden (von Noorden, Bull, Klemperer). Dafs der zur Nachtzeit gelassene Urin albuminfrei ist, konnte nur Ultzmann in einem Falle nicht bestätigen. Durch Änderung der äufseren Verhältnisse, der Schlafzeit, der Bewegungen kann man die Albuminurie beeinflussen; sie sollte deshalb nach Senator nicht als cyklische bezeichnet werden.

Der mitgeteilte Fall betrifft ein 14jähriges, hysterisches Mädchen, das 50 Tage beobachtet wurde. Die Eiweifsausscheidung zeigte keinen bestimmten Typus, die Stunde des Maximalgehaltes variierte sehr. Mit der Eiweifsausscheidung ging stets eine Verminderung der Urinmenge einher, der eiweifsarme Urin zeigte gewöhnlich ein geringeres spezifisches Gewicht.

Als die Patientin absolute Bettruhe bewahrte bei gleicher Diät, wagerechter Lage, schwand der Eiweifsgehalt, nur in den Abendstunden traten stets Spuren auf bei vermindertem Urin. Zum Nachweis von Spuren diente das Spieglersche Reagens. Ein Aufstehen für einige Minuten genügte, um Albuminurie hervorzurufen.

Der Versuch durch Verschieben der aufserhalb des Bettes zugebrachten Stunden wurde in verschiedener Weise angestellt. Man konnte dadurch eine Änderung des Cyklus während der Tagesstunden herbeiführen, niemals aber während der Nachtstunden eine erheblichere Albuminurie erzeugen. Es ist also der Tageszeit ein gewisser Einfluss beizumessen.

Bäder, Änderung der Diät zeigten keinen Einfluss auf die Albuminurie.

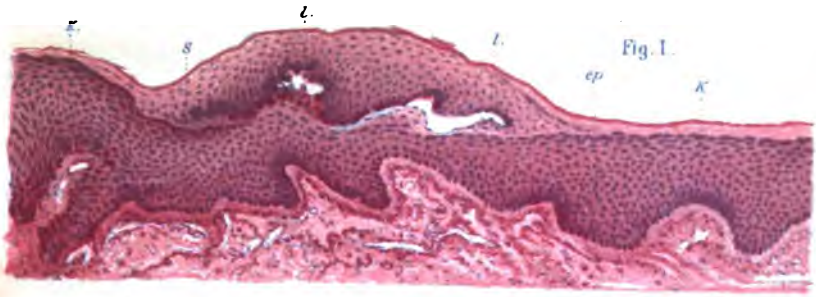
Die Urinmenge war übernormal (1782 ccm in 24 Stunden).

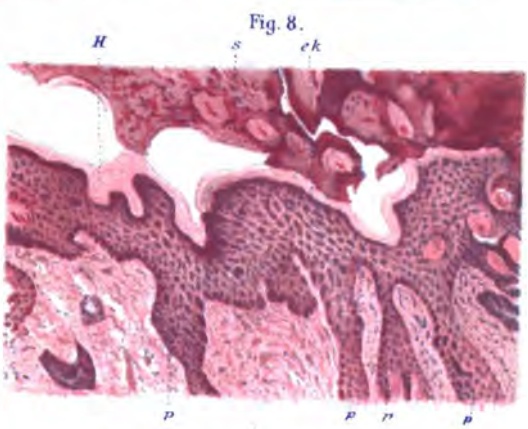
Aufser Serumalbumin fanden sich keine Eiweifsstoffe.

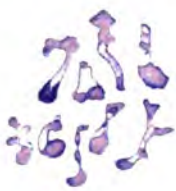
Die Harnstoffausscheidung erwies sich als andauernd herabgesetzt.

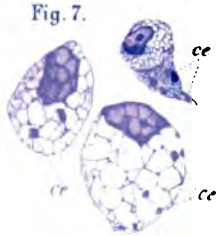
Tabellen illustrieren den Verlauf der Versuche. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.









Dr. Adalbert Frickenhaus ft.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXII. No. 8. 15. April 1896.

Über Mastzellen (isoplastische Zellen).

Von

Dr. Ch. Audry-Toulouse.

Unter den fünf Varietäten von Zellen, welche Ehrlich in der Lymphe und dem Bindegewebe unterschied, zeichnet sich die dritte dadurch aus, dafs die protoplasmatischen Granulationen eine besondere Affinität zu den basischen Färbemitteln zeigen: Granulationszellen, Mastzellen.[1] Zu ihrem Nachweise giebt er ein ziemlich kompliziertes technisches Verfahren an, welches auf der Verwendung der Dahlia in gesättigter Lösung beruht. Später hat man andere Färbemittel vorgeschlagen (Alaunkarmin etc.), und gegenwärtig braucht man meist Methylenblau. Die Borax-Methylenblaulösungen färben gewisse Zellen ziemlich intensiv violett-rosa, und diese Zellen stechen dann von den übrigen blaugefärbten scharf ab. Es sind dies nämlich die Mastzellen. Das polychrome Blau Unnas hat aber ihren Nachweis aufserordentlich erleichtert, und verweise ich hierbei auf die Originalarbeit Unnas und seiner Schüler.[2]

Es schien mir nützlich, den Wert oder die Bedeutung dieser Zellen, welche bereits von Unna, Jadassohn, Neuburger etc. als banal bezeichnet wurden, näher zu bestimmen. Die Technik war folgende: Färbung während 1/4—1/2 Stunde in polychromem Blau (Grübler), Entfärbung ebensolange in mit einigen Tropfen der Glycerinäthermischung versetzten Wassers; Alkohol, Nelkenöl, Balsam oder Damar. Die Mastzellen sind dann rosa-, zuweilen etwas violettrot gefärbt, und zwar wiederhole ich, dafs die Zellen um so deutlicher hervortreten, je länger die Entfärbung gedauert hat.

Um Wiederholungen zu vermeiden, sage ich gleich, dafs ich die genannten Zellen ohne Unterschied der Bedeutung mit isoplastischen, roten oder Mastzellen bezeichnet habe; doch möchte ich bemerken, dafs ich die provisorische Bezeichnung isoplastische Zellen im Französischen

[1] Bekanntlich nennt Ehrlich diejenigen Reagentien, deren färbendes Prinzip eine Säure ist sauer, und diejenigen basisch, wo ersteres eine Basis darstellt.

[2] Unna und Speck, *Monatsh.* 1891. Bd. XIII. S. 361. — Unna, *Über Plasmazellen*: *Monatsh.* Bd. XII. S. 301 und Bd. XIX. S. 36.

für die beste halte, indem sie ganz gut ausdrückt, was ich in dieser meiner Arbeit nachweisen will, die eigentlich nur dahin abzielt, einen schwachen Beitrag zum Studium einer der Varietäten der früher sog. embryonalen Zellen zu liefern.

Bezüglich der normalen Haut besitze ich nur sehr wenige persönliche Belege und verweise ich deshalb auf die Arbeit von NEUBURGER, welcher gezeigt hat, dafs die Mastzellen fast niemals fehlten und besonders zahlreich in der Umgebung der Talgdrüsen und Follikel vorkommen; damit hat er eine irrtümliche Ansicht LESSERS richtig gestellt, welcher in einem Falle von hypertrophischer Akne der Nase dem Vorhandensein der Mastzellen eine gewisse Bedeutung zugeschrieben hat. Beim Neugeborenen hat er keine gefunden, was ich hingegen meinerseits nicht bestätigen kann.

Beobachtung I. In einer Anzahl von Schnitten aus dem Haarboden des Neugeborenen waren die Mastzellen ziemlich reichlich vertreten, und zwar zunächst im Unterhautzellgewebe, wo sie eine längliche Form zeigten und längs den Bindegewebsbündeln angeordnet waren, wie die anderen Bindegewebszellen, von denen sie sich nur durch ihre lebhaft rote Färbung unterschieden.

In etwas tieferen Schichten fanden sich hier und da einige aus rundlichen, polygonalen, meist blaugefärbten Zellenhaufen bestehende Infiltrate vor, und in ihrer Umgebung sieht man eine ziemlich beträchtliche Anzahl roter, ziemlich voluminöser Mastzellen mit blauem oder blauviolettem Kerne, der in Form und Aussehen ganz den übrigen Elementen gleicht, aus welchen sich die Infiltrate zusammensetzen; in der Tiefe dieser letzteren konnte man rote Zellen sehen.

Unsere Präparate stammen also fast ausnahmslos von Fragmenten pathologischer Gewebe aus der Umgebung irgend welcher Läsionen. Die weitaus gröfste Zahl derselben ist der Haut und den Schleimhäuten, einige tieferen Organen entnommen.

Die Gesamtzahl der Präparate beträgt 50, von denen 20 keine Mastzellen aufwiesen. Es sind dies Stücke von Molluscum contagiosum, eines sekundären Fibroms der Haut, eines Myoms, eines subkutanen Lipoms, mehreren weichen Schankern, zwei Bubonen, einer senilen Hautatrophie, einer Epidermiscyste, eines Epithelioms des Gesichtes, eines Epithelioms des Handrückens, eines Epithelioma sebaceum, eines Sarkoms der Mamma, eines Kropfes, von Hämorrhoiden und einem Fibrom der Umgebung der Knäueldrüsen. In Bubonen hingegen, sowie in epidermalen Cysten und Uterusmyomen konnte ich deren finden. TÖRÖK und TOMMASOLI haben deren in ihren Präparaten von Molluscum contagiosum gesehen. Ich möchte deshalb vorläufig und provisorisch blofs beim weichen Schanker dem Fehlen der Mastzellen einen mutmafslichen Wert beilegen. Was die anderen Präparate anbelangt, so ist ihre Anzahl nicht sehr grofs, doch immerhin mannigfaltig genug. Schlägt man andererseits die Mitteilungen über histologische Untersuchungen anderer Autoren nach, welche die UNNAschen Reagentien angewendet haben

(vide *Histopathologie* von UNNA, seine Artikel in dieser Zeitschrift, Mitteilung von JADASSOHN, mehrere Artikel von DUBREUILH, von PHILIPPSON, LEREDDE etc.), so wird man konstatieren, dafs es gegenwärtig sehr schwer fallen dürfte, irgend eine Hautläsion zu finden, wo keine Mastzellen beobachtet worden wären.

Beobachtung II. Lobuläres Epitheliom der Mandel. Sehr zahlreiche und verschieden gestaltete, runde, ovale, längliche, spindelförmige, polygonale Mastzellen; auch die Dimensionen sind verschieden, indem die Zellen im Vergleiche zu den anderen anatomischen Elementen grofs, mittelgrofs oder klein sind. Das Protoplasma ist lebhaft rosenrot gefärbt; was den Kern anbelangt, so glaube ich, dafs derselbe trotz seiner violett erscheinenden Färbung blau ist. Das Protoplasma ist bald diffus, bald stark granuliert (rosarote Körner); in der Peripherie ist das körnige Aussehen konstant; die Körner sind nirgends extracellulär; hier und da erscheint die Mastzelle wie von einem rosaroten Hof umgeben. Die Zellen sind voneinander getrennt und stehen isoliert, doch kommt es auch vor, dafs zwei und dann meist in ihrer Längsrichtung aneinanderstofsen. Der Kern ist stets ganz undurchscheinend, und habe ich nirgends Andeutungen von Karyokinese nachweisen können, während sie in anderen Elementen reichlich vorkommt. Der Kern ist rundlich, scheibenförmig oder länglich, meist sehr grofs, so dafs er beinahe das ganze Zelleninnere ausfüllt. Die gröberen Körner scheinen sich besonders in seiner Nähe abzulagern.

Stellenweise sieht man einige rosarote Plaques, welche Zellen ähnlich sehen, die ihren Kern verloren haben. Man findet die Mastzellen in grofser Anzahl, doch immer disseminiert in der Begrenzung des Infiltrates, welches das Epitheliom umgiebt, im benachbarten gesunden Bindegewebe, in der Mitte der Infiltration selbst, am Rande des Epithelioms, in den äufserst verdünnten zelligen Zügen, welche die epitheliomatöse Masse netzförmig durchziehen, in grofser Menge in den Zellagglomeraten, in der Umgebung der Lymphkanäle und der kleinen Blutgefäfse im subepitheliomatösen Bindegewebe.

Beobachtung III. Epitheliom der Lippe (lobuläres Epitheliom, reich an Hornkugeln, umgeben von stark entwickelter Infiltration; die Präparate umfassen Haut und Schleimhaut des Mundes). — Vor allem fallen die zahlreichen Mastzellen auf, welche zerstreut in den Zwischenräumen zwischen den blind endenden submukösen Drüsen in deren unmittelbarer Nähe liegen und zuweilen inselförmig angeordnet sind; ihre Form ist rund, länglich oder polygonal.

Im Stroma selbst der unterhalb der Neubildung gelegenen Infiltration sieht man einige spärliche, kleine, runde Mastzellen. Im normalen Bindegewebe in der Umgebung des Epithelioms sind sie reichlicher vertreten. Sehr zahlreich und vielgestaltig sind sie in den dünnen Zügen, welche die epitheliale Masse durchziehen. Hier findet man deren mehrere, meist kleine, runde in der Keimschicht oder den benacharten Epithelreihen. Endlich sind die Mastzellen sehr zahlreich in den Zellagglomeraten in der Umgebung der Lymphspalten und der Kapillaren in der Bindegewebsschicht unterhalb derselben.

Beobachtung IV. Epitheliom des Handrückens (lobuläres verhorntes Epitheliom.) Die Mastzellen stehen, in Gruppen verstreut, meist in den Bindegewebsbalken, in denen sich die periepitheliomatösen Infiltrate angesammelt haben, sind länglich oder rund, fast ausgefüllt durch ihren dunklen, scheibenförmigen Kern. Um die Gefäfse herum findet man deren viele, welche aber kleiner, rundlich sind und ebenfalls einen voluminösen, stark gefärbten Kern enthalten. Einige lassen sich in den Strängen welche die epitheliomatösen Läppchen abgrenzen, erkennen.

Beobachtung V. Epitheliom der Mamma. Zahlreich rotgefärbte Zellen im Bindegewebe, in das die epithelialen Zapfen hineinragen; sie sind meist länglich, undeutlich sternförmig und den Bindegewebsbündeln anliegend.

Beobachtung VI. Sarkom des Unterkiefers; Mundsschleimhaut. Letztere ist von der Neubildung unberührt geblieben. Die Papillen enthalten eine ziemlich grofse Zahl runder oder ovaler Mastzellen, welche bald die Längsachse, bald die Peripherie der Papille besetzen; letztere zeigt selbst keine nennenswerten entzündlichen Veränderungen. Die Mastzellen sind, wenn auch nicht sehr zahlreich, so doch ganz deutlich vorhanden an den Teilungsstellen der Gefäfse und in der zelligen Scheide, welche letztere umgiebt. Ihre Form ist höchst mannigfaltig, indem einige rund sind und einen schönen scheibenförmigen Kern enthalten; die meisten sind aber länglich ausgezogen. Man findet sie auch in den Infiltrationsgebieten um die Lymphgefäfse herum, welche sich inmitten des Bindegewebes zeigen.

Beobachtung VII. Breites Papillom des Scrotums (gewöhnliches Papillom en plaque, wenig über das Hautniveau vorragend). Die Mastzellen sind nicht sehr zahlreich; man findet deren einige in den Bindegewebssäulen, welche die verlängerten und verdickten Papillen trennen.

Beobachtung VIII. Gelapptes Epitheliom der Handgelenkgegend (mit Hornkugeln). Die Mastzellen sind ziemlich selten; einige sind zu finden in den Bindegewebszügen zwischen den epitheliomatösen Läppchen, in unmittelbarer Nähe des Epithels, in welches sie aber nie hineindringen, in der Umgebung der subepitheliomatösen Infiltrate, in deren Zentrum ebenfalls keine nachzuweisen sind.

Beobachtung IX. Fibrosarkom der Harnblase. Die Mastzellen sind ziemlich selten; sie bilden ziemlich grofse, unregelmäfsig runde Zellen mit wenig scharfen Konturen. Die Kerne sind nicht gut abgegrenzt, die Protoplasmagranulationen wenig ausgeprägt. Man findet sie hier oder da, meist ziemlich spärlich, zuweilen aber auch etwas zahlreicher in der Nähe der Gefäfse. Mit den eigentlichen fibrösen Zellen oder mit denjenigen, die sich der sarkomatösen Umwandlung nähern, haben sie keine Ähnlichkeit. In den Bindegewebszügen, deren Elemente in fettiger Degeneration begriffen zu sein scheinen, lassen sich keine nachweisen.

Beobachtung X. Uterusmyom. Zahlreiche Mastzellen, besonders in der Umgebung der Blutgefäfse. Spärlicher findet man sie im myomatösen Gewebe. Ihre Form ist meist unregelmäfsig rund oder polygonal; niemals kommt sie derjenigen der glatten Muskelfaserelemente oder der sternförmigen Zellen gleich.

Beobachtung XI. Subkutanes Angiom des Gesichts. Keine Mastzellen in der Epidermis, einige in der Cutis. Das angiomatöse Gewebe wird gebildet durch eine Verfilzung von Blutkapillaren gewöhnlicher Struktur, d. h. aus einem öfters mit Blutkörperchen ausgefüllten, mit einem Endothel und einem dünnen Stützgewebe ausgestatteten kreisförmigen Lumen bestehend. Es ist manchmal schwer festzustellen, ob einige dieser Höhlen nach Entleerung ihres Inhaltes Blut- oder Lymphkapillaren sind. Sie sind getrennt durch Stränge aus hellem, ziemlich zellenarmem Bindegewebe, in dessen Spalten zahlreiche Mastzellen zu sehen sind. Meist sind es grofse rundliche oder ovale, seltener längliche und polygonale Zellen; sie enthalten einen dicken, runden, stark gefärbten Kern; das Protoplasma ist diffus rot gefärbt und enthält wenig Granulationen. Einige längliche, wie abgeplattete Zellen sind auf der Aufsenseite der Membran zu sehen, welche als Stütze der Endothels der Kapillaren dient. Im Innern dieser letzteren konnte ich keine nachweisen.

Beobachtung XII. Sarkomatöse Wucherungen (von der Brust eines jungen Mannes). Die Neubildung selbst, über deren Natur wir uns nicht vergewissern konnten, war aus dichten, spindelförmigen, eine ununterbrochene Fläche bildenden

Zellen zusammengesetzt und von Gefäfsspalten mit Endothelien durchsetzt. Mastzellen fehlten; dagegen waren solche nachzuweisen in der Bindegewebszone, welche das Neoplasma umgab; dieselben waren rund, hell. In der Partie, die sich von der Epidermis zur Läsion erstreckte, waren sie zahlreicher, zerstreut, rund, ziemlich klein und mit einem weniger als gewöhnlich gefärbten Kerne versehen.

Beobachtung XIII. Dermoidcyste des Ovariums. (Tumor mit verschiedenen Gewebsarten und epidermalen, sowie entodermalen Bildungen.) Die Cystenwandung selbst ist, wie gewöhnlich, zusammengesetzt aus stark gefaserten Bindegewebssträngen, deren äufserster einen Epithelüberzug trägt. Zwischen diesen Strängen konstatiert man zahlreiche längliche oder polygonale, grofse rosenrote Zellen mit stark granuliertem Protoplasma und wenig scharfem, etwas verschwommenem Kerne. Die Mastzellen sind sehr zahlreich vorhanden in der Umgebung der embryonalen Zellenzüge (Lymphocyten und andere), die sich zwischen den Bindegewebsbalken ausstrecken. Eine grofse Menge derselben ist an der Zunge von Gebilden zu sehen, die offenbar Talgdrüsen darstellen. Zuweilen findet man sie auch, und zwar ebenfalls in reichlicher Menge mitten in der Bindegewebszone, um die Gefäfse herum in Form dicker, unregelmäfsiger Klumpen und beinahe ausgefüllt von einem intensiv gefärbten Kern.

Beobachtungen XIV und XV. Papillome der Eichel (spitze Kondylome). Zahlreiche, verschieden geformte Mastzellen, besonders ovale und unregelmäfsig rundliche; man findet sie in grofser Zahl in den mächtigen gefäfsreichen Papillen, ferner ganz regellos zerstreut in der Cutis, wo sie ungefähr aussehen wie die zelligen Gewebselemente. In ihren morphologischen Verhältnissen nähern sich diese Zellen augenscheinlich den gewöhnlichen Elementen des in Proliferation begriffenen Bindegewebes: ovale oder zugespitzte, wenig verlängerte Zellen mit enormem, an diffusem Chromatin reichem Kerne; Rarefizierung der Grundsubstanz etc.

Beobachtung XVI. Üppiges Granulationsgewebe aus einer einfachen Wunde. Rote Zellen sind vorhanden, doch nur spärlich, meist klein, rundlich, wie verloren in Leukocytenhaufen. In den umgebenden Bindgewebsbalken, wo die Zellen spindelförmig sind, kommen sie etwas zahlreicher vor. Beziehungen zwischen den Lymphgefäfsen und Kapillaren einerseits und den Mastzellen andererseits konnten keine konstatiert werden.

Beobachtung XVII. Granulationen aus der Wandung einer Dermoidcyste. Spärliche, isolierte, regellos inmitten von polymorphen das Stroma bildenden Zellen, zerstreute Mastzellen; diese letzteren sind grofs und enthalten einen grofsen Kern, oder aber sie sind klein, unregelmäfsig mit verschwommenen Konturen.

Beobachtung XVIII. Epidermiscyste. Die subepitheliale Cutis enthält zahlreiche Mastzellen, ohne dafs im übrigen das Bindegewebe ausgesprochene histologische Anzeichen von Entzündung darböte. Bald sind sie länglich, in der Richtung der Bindegewebsbündel angeordnet; bald, jedoch seltener, sind sie rundlich oder oval; länglich sind sie besonders in der Nähe der Vitrea (Basalschicht). Der Kern ist stets dunkel, intensiv gefärbt, von unregelmäfsiger Form. Zuweilen sieht man in einem rosenroten Zellkörper zwei grofse mit ihren Enden aneinanderstofsende Kerne, deren Segmentationsebene jedoch nicht nachgewiesen werden kann. Das Protoplasma ist diffus oder granuliert, nicht scharf konturiert. Eine ausgesprochene Lokalisation läfst sich nicht herausfinden, man kann nur sagen, dafs die Mastzellen um so reichlicher werden, je mehr man sich dem Epithel nähert.

Beobachtung XIX. Alte granulöse Folliculitis der Haut. Die Mastzellen sind besonders in der Richtung der Papillenachse und der Lymphkanäle verlängert. Sie sind ziemlich zahlreich, rundlich oder unregelmäfsig, im oberflächlichen anastomotischen Gefäfsnetze gelegen. Im Unterhautzellgewebe sind keine zu finden.

Beobachtung XX. Bubo in Begleitung eines weichen Schankers. In den Lymphspalten der Drüse konstatiert man im Innern zwei bis drei grofse, längliche, fein- und gleichmäfsig granulierte Zellen mit scharfen Umrissen; der Kern ist kaum sichtbar, sehr chromatinarm. Im umgebenden Stroma sieht man einige ähnliche, zwischen rundlichen Zellen mit intensiv gefärbtem Kerne verlorene Zellen von eher violetter als rosaroter Farbe. In der weiter entfernten Zone der Lymphkanäle kommen sie nicht vor.

Beobachtung XXI. Gestieltes syphilitisches Lymphom der Zunge (hypertrophische Bildung im Verlaufe einer sekundären Lues). Im Gebiete der kleinzelligen, von reichlichen Lymphspalten durchsetzten Infiltration sieht man stellenweise Züge von in Organisation begriffenem Bindegewebe und darin rundliche oder häufiger in der Richtung der Bindegewebsbündel verlängerte Mastzellen. In der unmittelbaren Umgebung der Kapillaren sind sie zahlreich; niemals aber habe ich welche im Lumen derselben gesehen; ebensowenig findet man sie im Infiltrationsstroma.

Beobachtung XXII. Plaques muqueuses vom Präputium. Die Mastzellen sind je nach der Stelle verschieden reichlich vorhanden. Sie sind besonders zahlreich in der Achse der Papillen, wo sie alle möglichen Formen annehmen: längliche, polygonale, sternförmige. Mit Vorliebe kommen sie auch in den Bindegewebszonen vor, welche die syphilitische Infiltration begrenzen und zuweilen eine längliche, öfters eine rundliche, kugelige Form annehmen und einen grofsen, dunklen, scheibenförmigen, leicht auffallenden Kern enthalten. In der Umgebung des Infiltrats und der Zellagglomerate, welche die Lymphspalten und Kapillaren schlauchförmig umgeben, sind sie seltener; man findet sie auch in den Balken, welche die Infiltrate des Syphiloms abgrenzen; im Innern der Knoten selbst sind sie nirgends vorhanden.

Beobachtung XXIII. Syphilitische Balanitis. Die Mastzellen sind besonders zahlreich unterhalb der Epidermis, man sieht auch solche, welche bis zwischen die Ausläufer der Zellen in der Keimschicht eingedrungen sind.

Beobachtung XXIV. Syphilitische Balanitis. Die Mastzellen sind reichlich vorhanden an der Peripherie der embryonalen Infiltrationszüge, welche die Cutis durchziehen.

Beobachtung XXV. Tertiäres Hodensyphilom. Man sieht einige rundliche Mastzellen, welche zerstreut in den Bindegewebssträngen liegen, die die stark verdickten kleinsten Arterien trennen. Besser sieht man sie in rundlicher oder ovaler Form und mit ihrem gewöhnlichen Aussehen in den stellenweise sichtbaren lockeren Bindegewebszonen.

Beobachtung XXVI. Hauttuberkulose (tuberkulöses Knötchen in der Tiefe der Cutis). Die Unnaschen Plasmazellen erscheinen hier aufserordentlich deutlich durch das Reagens blau gefärbt mit einem körnigen chromatinhaltigen Kerne etc. Die Mastzellen sind sehr zahlreich an der Peripherie der Plasmome. Man findet sie überall, wo Plasmazellen vorhanden sind, und zwar um so reichlicher, je weniger dicht diese letzteren stehen. Über das Plasmom hinaus reichen sie nicht und fehlen gänzlich in der Degenerationszone. Form und Dimensionen stimmen vollständig mit denen der Plasmazellen überein; eine gröfsere Zahl von ihnen unterscheidet sich von letzteren durch den Gehalt eines dunklen Kernes. In der papillären Cutis sind die Mastzellen nur spärlich vorhanden.

Beobachtung XXVII. Rand eines Ulcus cruris unbestimmter Natur. Die Veränderungen kennzeichnen sich als gewaltige Hypertrophie der Papillen und myxoider Zustand der Cutis. Die Mastzellen sind zahlreich, klein, unregelmäfsig in der Achse der Papillen. Mit Sicherheit lassen sich solche im stark hypertrophischen Epithel nachweisen, zwei oder drei Zellenreihen jenseits der Keimschicht. Einzelne Papillen

sind deutlich von embryonalen Elementen durchsetzt; Mastzellen sind zahlreich vorhanden, und zwar von unregelmäfsiger Form, polygonale, längliche, mit grofsem dunklen Kerne.

Beobachtung XXVIII. Variköse Dermatitis (mit starker Blutstauung). Cutis myxomatös; starke Pigmentation. Ziemlich spärliche, kleine, rundliche oder unregelmäfsige Mastzellen in den Zellinfiltraten, welche die Blut- und Lymphgefäfse der Cutis umgeben.

Beobachtung XXIV. Alte Urethritis. Die Mastzellen sind in der Tiefe des Bindegewebes zahlreich; öfters sind sie sternförmig, in der Richtung der Bindegewebsbündel länglich; man findet deren auch inmitten des subepithelialen Rundzellenbereiches; sie sind selbst ebenfalls rund und beinahe von ihrem grofsen dunklen Kerne ausgefüllt. Mit Vorliebe sammeln sie sich ferner in der Umgebung der Gefäfsspalten. Einige dieser Mastzellen haben ein besonderes Aussehen: das Protoplasma ist fast diffus, nicht oder nur wenig granuliert und enthält einen sehr grofsen, durchsichtigen, sehr chromatinarmen Kern. Die Mastzellen sind ebenfalls sehr zahlreich in der Umgebung der Urethraldrüsen, nicht aber unterhalb der Schleimhaut.

Beobachtung XXX. Narbenkeloid (Atrophie der Epidermis, keine Entzündungserscheinungen). Keine Mastzellen im papillären Derma; im darunterliegenden Bindegewebe und in der Umgebung der Lymphspalten und Kapillaren kommen hingegen zahlreiche, sehr schöne Mastzellen vor; einige von ihnen, von spindel- oder sternförmigem Aussehen, liegen direkt der Kapillarwandung auf. Die meisten sind in der Richtung der Bindegewebsbündel länglich geformt und mit einem grofsen, dunklen Kerne versehen, einige rundlich oder oval. Stellenweise sieht man in derselben Protoplasmamasse zwei einander sehr genäherte Kerne. Nach der Untersuchung der Präparate scheint es wahrscheinlich, dafs die längliche oder runde Form dieser Zellen und ihres Kernes von der Schnittebene abhängt. Wenn die Bündel, welche diese Zellen enthalten, in querer Richtung durchschnitten werden, so erscheinen sie rundlich; werden sie in der Längsrichtung getroffen, so sind sie länglich.

XXXI. Tättowierte Haut. Die Mastzellen sind in der Cutis, wo sie mitten im gesunden Gewebe zerstreut liegen, ziemlich selten und klein. Etwas zahlreicher kommen sie vor in den Zonen, welche die Gefäfse des subkutanen Bindegewebes umgeben, und sind da meist klein, rundlich und polygonal.

Von 50 untersuchten verschiedenen Gewebsstücken haben also 31 das Vorhandensein deutlicher Mastzellen gezeigt. Sie geben uns eine Idee von der Mannigfaltigkeit der Läsionen, bei denen sie vorkommen, und liefern somit einen Beleg für die Bedeutungslosigkeit der genannten Elemente bezüglich der Pathogenese. Unter den Präparaten, wo dieselben fehlten, befinden sich solche von vier Fällen von Molluscum contagiosum, bei denen das Bindegewebe sehr spärlich vertreten war. Wir haben bereits gesagt, dafs Török und Tommasoli in solchen Fällen Mastzellen nachgewiesen haben. Verschiedene Aknesorten (Acne hypertrophica, Lesser, Acne necrotica, Dubreuilh), die Mykosis fungoides (Philippson, Leredde), eine Menge anderer von Unna und Jadassohn angegebener Läsionen vervollständigen die Liste unserer persönlichen Mitteilungen.[3]

Obwohl nun den Mastzellen jede spezifische Bedeutung abgeht,

[3] Vergl. ferner die Untersuchungen von Niehus (Cavernitis), Unna, Quinquaud und Nicolle (Urticaria), Wermann, S. Marc (Vitiligo) etc. etc.

dürfte es doch interessant sein, ihre morphologischen Merkmale, ihre Lokalisationen, sowie ihre Bedeutung und mutmafsliche Natur kurz zusammenzufassen.

Morphologie. Die Mastzellen lassen sich ausschliefslich durch ihre spezifische Färbung unterscheiden. Ihre Form, Dimensionen, die Strukturverhältnisse des Protoplasmas und des Kerns variieren vollständig und lassen sie nicht von den umgebenden Zellen des normalen oder veränderten Bindegewebes unterscheiden.

Form. Es giebt runde, bald kleine, von dem Durchmesser ungefähr eines weifsen Blutkörperchens, bald ziemlich grofse; viele sind unregelmäfsig gestaltet, polygonal, andere länglich, an den Enden mehr oder weniger ausgezogen, noch andere zeigten eine Pyramiden- oder beinahe Sternform. Die Konturen sind meist scharf wegen der guten Färbung des Protoplasmas, andere Male sind sie verschwommen, wie wenn das Protoplasma ausgeflossen wäre.

Das Aussehen des Protoplasmas ist noch besonders interessant: bei einer grofsen Anzahl von Mastzellen zeigt es charakteristische Granulationen, die sehr intensiv durch das polychrome Blau gefärbt sind. Diese Granulationen, welche keine bestimmte Form haben, sind zuweilen ziemlich grob-, zuweilen aber nur feinkörnig; ihre Verteilung in der Zelle zeigt nichts Besonderes; doch wollte es mir scheinen, als seien sie um so voluminöser und zahlreicher, je näher sie dem Kerne anlagen. Ausnahmsweise findet man sie in den äufsersten Schichten der Protoplasmamasse. Diese Granulationen sind bei der Bestimmung der Fälle nicht so wichtig, wie man geglaubt hat.

Nimmt man, wie wir dies thun, an, dafs die Farbreaktion zur Charakterisierung dieser Kategorie der Ehrlichschen Zellen genügt, so kann man ihnen schliefslich nur einen sehr relativen Wert beimessen. Eine grofse Zahl derselben führt nämlich ein nur wenig granuliertes, ja selbst (im klassischen Sinne des Wortes) diffuses Protoplasma; bei anderen ist dieses vollständig homogen. Dennoch mufs man als eine gewöhnliche Eigenschaft der Mastzellen ihren Gehalt an intraprotoplasmatischen Granulationen betrachten.

Das Aussehen des Kerns ist ebenfalls verschieden; meist stimmt er mit denjenigen der umgebenden blauen Zellen überein; öfters aber ist er gröfser, undurchsichtig, intensiv gefärbt, und zwar, wie ich glaube, immer blau, indem er nur deshalb hie und da violett erscheint, weil er von einer roten Protoplasmaschicht umgeben ist. Gewöhnlich sind seine Konturen gut abgegrenzt. Er ist rund, wie scheibenförmig, d. h. im Zentrum etwas weniger undurchscheinend, als an den Rändern. Kernkörperchen und Karyokenese lassen sich nicht nachweisen. Ich gebe zu, dafs dieses Aussehen des Kerns, das ihm eine gewisse Ähnlichkeit

mit denjenigen der grofsen mononukleären Leukocyten giebt, auch als eine allgemeine Besonderheit der Mastzellen betrachtet werden kann. Doch verhält sich die Sache bei weitem nicht immer so, besonders wenn die rote Zelle klein ist. Nur selten konnte ich im Kerne der Mastzellen die gewöhnlichen Merkmale der UNNAschen Plasmazellen (granulöser Zustand des Chromatins etc.) erkennen. Übrigens war dies gerade in der Umgebung eines deutlich ausgeprägten tuberkulösen Plasmoms der Fall.

Ich sagte eben, dafs ich nichts von einem Teilungsprozesse hätte sehen können; doch kam es zuweilen vor, dafs zwei Kerne nahe aneinanderlagen, sich mit ihren Spitzen beinahe berührten und das Zentrum einer Protoplasmamasse einnahmen, die selbst ungeteilt schien.

Endlich sieht man ausnahmsweise rosarote Protoplasmascheiben, die keine deutlichen Kerne enthalten; vielleicht sind dies abgestorbene Mastzellen oder Gebilde, die beim Schneiden entstanden sind.

Niemals habe ich Riesenzellen oder epitheliale Zellen irgend welcher Art oder Muskelzellen, die rosarote Reaktion geben, gesehen. Diese Frage wird übrigens bei der Lokalisation und den Beziehungen dieser Elemente behandelt werden.

Lokalisation. Die Hautzellen sind im Bindegewebe gelegen, nur ganz ausnahmsweise im Epithel oder im Innern der Blut und Lymphgefäfse.

Im Bindegewebe nehmen sie die verschiedensten Stellen ein. Man findet sie im gesunden Bindegewebe in den Papillen, den perivasalen Zonen, in der Umgebung von kleinzelligen Infiltrationen. In den Bindegewebszügen des Unterhautzellgewebes zeigen die Mastzellen dasselbe Aussehen wie die gewöhnlichen Bindegewebszellen, sie haben die gleiche Form, die gleichen Dimensionen und Anordnungen. Sie zeichnen sich von ihnen aus durch die rote Farbe der mehr oder weniger reichlichen Granulationen, sowie durch das Vorhandensein eines gröfseren und besonders intensiver gefärbten Kernes. Öfters findet man mitten im Zellgewebe isolierte rote, rundliche Zellen mit einem scheibenförmigen zentralen Kerne. Ich weifs nun nicht, ob sie sich so in ihrer wirklichen Gestalt präsentieren oder ob es blofs Zellen sind, die in der Richtung ihrer Längsachse durchschnitten werden. Einen Unterschied zwischen ihnen und den spindelförmigen Elementen des normalen Bindegewebes mit Neigung zu fibröser Umwandlung kann ich nicht erblicken.

Es kommt ausnahmsweise vor, dafs die Mastzellen in ganz regelloser Weise im Bindegewebe zerstreut erscheinen; mit Vorliebe suchen sie die Zone auf, welche die Lymphspalten und besonders die Blutgefäfse begrenzen. Da die Stücke, die wir untersucht haben, meist von pathologischen Präparaten stammen, läfst sich in der Umgebung dieser Spalten und Gefäfse konstant eine mehr oder weniger ausgesprochene

kleinzellige Infiltration konstatieren. Übrigens sind selbst in der normalen Haut die Verhältnisse fast immer dieser Art. Die Mastzellen sind oft zahlreich vertreten zwischen diesen durch Diapedese und Proliferation entstandenen Elementen und gleichen ihnen übrigens auch, indem sie dieselbe rundliche Form, dieselben unregelmäfsigen, undeutlichen Ränder und einen im Verhältnis zur Dimension der Zellen enorm grofsen, stark gefärbten Kern haben.

Zuweilen zeigen auch die Mastzellen eine längliche, pyramidale oder sternförmige Gestalt, und in dieser Form habe ich sie wie angeklebt an der Grenze von Gefäfsdilatationen gefunden, welche die Hauptmasse eines subkutanen Angioms bildeten. Bei ihrer Durchwanderung durch die Gefäfswandung selbst ist es mir nicht gelungen, sie zu beobachten, doch halte ich mich für berechtigt, sie als Leukocyten zu betrachten, die in Diapedese, vielleicht selbst in amöboider Bewegung begriffen sind.

In der Dicke des Epithels selbst habe ich dreimal die roten Zellen angetroffen; zwei Präparate bezogen sich auf lobuläre ektodermale Epitheliome; eines auf eine einfache epitheliale Hypertrophie durch Reizung entstanden (vom Rand einer chronischen septischen Ulceration). Die Mastzellen hatten stets dasselbe Aussehen, nämlich dasjenige einer kleinen runden Zelle mit zentralem, ebenfalls rundem Kerne, mit fein granuliertem, an der Peripherie weniger dichtem Protoplasma. Sie waren nicht zahlreich, stets isoliert und zwischen den Epithelzellen gelagert; bald sah man sie zwischen den Spitzen der Cylinderzellen der Keimschicht, bald weiter vorn, zwei oder drei Zellenreihen von der Basalschicht, bald mitten in der Epithelschicht. Niemals reichten sie bis zur Horn- oder Eleidinschicht. In allen diesen Fällen waren die Mastzellen, abgesehen von ihrer spezifischen Färbung, identisch mit den Wanderzellen, welche durch das Epithel dringen.

Wir haben bereits gesagt, dafs wir im Innern der Blutgefäfse selbst keine gefunden hatten, was aber nicht ganz richtig ist: in Präparaten, die aus dem Dünndarm des Menschen intra vitam exstirpiert worden waren, haben wir deren mit Sicherheit nachweisen können, und zwar inmitten von roten Blutkörperchen; in Aussehen, Form und Dimension stimmten sie ganz überein mit den Leukocyten mit ungeteiltem Kerne. Dieses Präparat lieferte uns somit einen grofsen Wahrscheinlichkeitsbeweis für das Vorkommen der roten Reaktion bei den in Diapedese begriffenen Leukocyten. Ich will nur kurz erwähnen, dafs Ehrlich im Blute Granulationszellen nachgewiesen hat. Auch darf man nicht übersehen, dafs die Mastzellen eine auffallende Vorliebe zeigen, sich in der Nachbarschaft der Blut- und Lymphgefäfse des Dermas abzulagern. In einem Falle haben wir ganz unzweifelhaft Mastzellen im Lumen von Lymphkanälen gefunden, die in den Bereich einer infolge von Ulcus

molle infiltrierten Drüse gehörten. Ihre ovale Form, die scharfen Ränder und besonders die Durchsichtigkeit des Kerns gaben ihnen ein etwas ungewohntes Aussehen, das sie übrigens auch in der Umgebung der Lymphgefäfse aufwiesen.

Bekanntlich betrachtet NEUBURGER das Vorkommen von Mastzellen in den Sekretionen und Eiterungen als eine Ausnahme. UNNA hat sie aber in Miliariabläschen gesehen und beschrieben.

Welches sind nun die Beziehungen der Mastzellen zu den Elementen, welche die Rundzelleninfiltrate (Lymphocyten, mononukläre Leukocyten, Plasmazellen etc.) bilden? Gewöhnlich sind sie in deren Umgebung und Nachbarschaft zahlreich vertreten, nur ausnahmsweise dringen sie aber in das Innere der histologischen Entzündungssphäre hinein. Das Lupusplasmom weist deren in seinem Zentrum keine auf, wohl aber ist es von einer Menge von ihnen umgeben.

Meist sind dann die Zellen von mittlerer Dimension, mit einem grofsen, undurchscheinenden, scharfbegrenzten Kerne versehen und sehen dann aus wie zwei mononukläre Leukocyten; die Mastzellen lassen sich hier genau mit den Lymphocyten vergleichen. Die Frage bezüglich der Beziehungen der Mastzellen zu den Plasmazellen läfst sich weniger gut beantworten; doch glaube ich, dafs wahre Plasmazellen die rote Reaktion geben können.

Damit werden wir notwendigerweise zur Behandlung der Frage gedrängt, ob die Mastzellen nicht zu den Lymphzellen gehören und ververschiedene Zustände der Leukocyten darstellen. Die Thatsache, dafs die wirklichen Plasmazellen in Mastzellen übergehen können, würde die Ansicht UNNAS über den Ursprung der ersteren unterstützen. Doch möchte ich keineswegs hieraus auf ein Entstehen der Plasmazellen durch Diapedese schliefsen. Mein Lehrer RENAUT hat seiner Zeit die Rolle der Proliferation fixer Zellen aufgedeckt. Aus der Schule RANVIERS hervorgegangen, sind wir nicht abgeneigt, einen lymphatischen Ursprung aller zelligen Elemente des Bindegewebes anzunehmen. Es dürfte demnach blofs von untergeordnetem Interesse sein, zu erfahren, ob sie ausschliefslich durch Proliferation entstandene Elemente darstellen; jedenfalls scheint es mir ganz unmöglich, darin ein Argument gegen die Angaben UNNAS und seiner Schüler zu finden.

Ich denke nun, dafs diese Vorbegriffe genügen zur genauen Bestimmung der Bedeutung der Mastzellen und hoffentlich auch zur Vermeidung des Einwurfes, als legten wir allzu grofses Vertrauen in die Morphologie der Zelle.

Alle Zellen, welche an der Zusammensetzung des normalen oder pathologischen Bindegewebes beteiligt sind, können die Farbenreaktion der isoplastischen oder Mast-

zellen aufweisen: fixe Zellen, Lymphocyten, grofse mononukleäre Leukocyten, Wanderzellen, Plasmazellen etc. Die verschiedenen Arten von Leukocyten, die eng mit dem Bindegewebe verbunden sind, haben dieselbe Eigenschaft. Die charakteristische Reaktion zeigt einfach einen chemischen Zustand an und hat keine Beziehung zu einem besonderen morphologischen Zustande. Die granulöse Beschaffenheit des Protoplasmas weist auf eine ungenügende Differenzierung hin.

Was können wir weiter schliefsen?

Man hat zunächst in Betracht zu ziehen, dafs die Gesamtzahl der Mastzellen einen ersten Ausgangspunkt im Leukocyten haben. Ich will hier die Frage der eosinophilen Zellen nicht berühren, da ich keine persönlichen Anhaltspunkte besitze, welche die Annahme von Beziehungen zwischen eosinophilen und Mastzellen erlaubten.

Zweitens sind die verschiedenen Formen von Lymphzellen, besonders im Bindegewebe, am meisten geeignet, sich zu verändern.

Drittens mufs man sich erinnern, dafs die RANVIERschen Klasmatocyten in mehr als einem Punkte Ähnlichkeiten zeigen mit einigen Formen von Mastzellen.

Darin können wir einen neuen Beleg erblicken für die lymphatische Abstammung der zelligen Elemente des normalen oder entzündeten Bindegewebes.

Läfst sich eine unmittelbare Erklärung dieser Erscheinung geben?

Wahrscheinlich steht die Farbenreaktion in einer gewissen Beziehung zu chemischen Veränderungen der Zellen, welche sich in diesem Sinne umwandeln können. Bezüglich der ausführlichen Technik verweise ich auf die oben angeführten Arbeiten, zumal wir leider nichts Neues in dieser Beziehung beizufügen haben.

Die Frage ist somit gestattet, ob sich der Chemismus der zelligen Elemente nicht öfters in einem etwas wankenden Gleichgewichtszustande befinde, welcher durch ganz geringfügige Ursachen gestört werden kann, wie z. B. durch den einfachen Vorgang der protoplasmatischen Lebens- und Vegetationserscheinungen. Jedenfalls glaube ich nicht, dafs die genannten chemischen Umwandlungen einen regressiven Zustand der Zellen bedeuten. Im allgemeinen kann man dem Vorhandensein oder dem häufigen Vorkommen der Mastzellen keine Bedeutung beilegen.

Bei der Übersetzung des Wortes „Mastzellen“ haben wir eine neue Benennung gewählt (cellules isoplastiques), indem wir glaubten, dafs diese für den französischen Leser, welcher mit diesen speziellen Fragen nicht ganz vertraut wäre, besser verständlich sei, als die ursprüngliche von EHRLICH. Doch kommt derselben natürlich nur ein vorübergehender Wert zu, solange wir nämlich nicht genau die chemischen Vorgänge kennen, welche die spezifische Färbung bedingen. (Übersetzt von C. MÜLLER-Bern.)

Aus der Praxis.

Keratoma palmare et plantare hereditarium.

Von

Dr. Heuss in Zürich.

(Mit Abbildung.)

A. F., 34 Jahre alt, Stadtarbeiter, wurde mir von einem Kollegen mehr der Diagnosis als der Therapie wegen zugeschickt. Denn „geschmiert" habe er genug, meint Patient; es habe alles nichts genutzt; überdies habe er das Leiden geerbt, sei also unheilbar.

Beide Hand- und Fufsflächen sind diffus auf gleiche Weise symmetrisch befallen: eine hochgradig verdickte, mit Rissen und mit teilweise bis auf 5 mm in die Tiefe reichenden Rhagaden durchzogene, feste Hornschicht bedeckt diese Teile. Dieselbe ist trocken, fast hart, von schmutzig-gelbgrauer Farbe, nur wenig durchscheinend und zeigt die normale Rillenzeichnung entschieden deutlicher, als sonst. Die Ausdehnung der Affektion entspricht ziemlich genau derjenigen der Rillen: an den Händen (vide Abbildung, deren photographische Aufnahmen ich der Liebenswürdigkeit und Kunstfertigkeit meines verehrten Kollegen, Herrn Dr. C. Schuler in Zürich verdanke) nach rückwärts fast bis zur ersten Beugefalte der Handwurzel, nach vorn bis zu den Nagelrändern, seitlich in einer Linie von der Nagelkante zur Interdigitalfalte verlaufend. Entsprechende Lokalisation an den Plantae; doch ist hier im allgemeinen die Verdickung etwas weniger ausgesprochen. Gegen die Ränder zu nimmt die Verdickung an Mächtigkeit ab und läfst an einigen Stellen einen hyperämischen Untergrund durchschimmern. Doch setzt sich das Erythem, sich diffus verlierend, auch noch etwas auf die im übrigen normale nächste Umgebung fort, an den Palmae einen schmäleren, an den Plantae einen etwas breiteren, 1—2 cm breiten Saum bildend. Die Schweifsdrüsenmündungen sind überall sichtbar, nicht erweitert. Die Hyperkeratose, die an einigen Stellen bis 5 mm mächtig ist, schneidet an den groben Handfurchen und Fingerbeugen scharf ab (auf dem Photogramm gut zu erkennen), so dafs tiefe, an Finger- und Zehenbeugen oft bis auf die blutende Papillarschicht reichende und dann schmerzhafte Furchen mit steil aufstrebenden Hornrändern entstehen. Weniger tiefe, nur in der Hornschicht liegende Risse und Sprünge entsprechen der feineren Oberflächenfurchung und bilden eine mosaikartige Zeichnung.

Klein-, Ring- und Mittelfinger, etwas weniger der Zeigefinger der linken Hand, sowie der Kleinfinger der rechten Hand sind in leichter Beugekontraktur, teils durch die schmerzhaften Gelenkrhagaden, teils aber auch durch die enorm verdickte, auf die unterliegenden Gewebe einen Druck ausübende Hornschicht veranlafst. Handrücken, sowie Nägel zeigen keine Veränderungen.

Die Hautreaktion (Phenolphtalein) ist excessiv sauer, Tast-, Temperatur- und Schmerzgefühl etwas herabgesetzt. Vollständige Streckung der Finger ist nicht möglich und schmerzhaft, Faustbildung leicht. Der „Kraftsinn" (Händedruck) ist jedenfalls nicht herabgesetzt. Weder spontan (abgesehen von den Rhagaden), noch auf Druck Schmerz.

Die übrige Körperbedeckung erweist sich bei dem sonst vollständig gesunden und kräftigen, auch nicht nervös veranlagten Manne als normal: die Haut ist (auch über den Streckseiten) überall weich, fühlt sich warm, nicht trocken an, ist nicht verdickt; kein Lichen pilaris, Xerodermia, keine Pityriasis capitis, kein Naevus, die Behaarung kräftig, Zähne normal. Die Schweifsfunktion ist, wenigstens im Sommer, nicht herabgesetzt; dagegen leidet Patient im Winter an Händen und Füfsen unter der Trockenheit der Luft, weshalb die Affektion um diese Zeit gewöhnlich besonders viel Beschwerden verursacht. Doch geht Patient jahraus, jahrein seinem Berufe als Handlanger etc. nach.

Patient teilt mit, dafs er nach Aussage seiner Mutter schon von Geburt an stark verdickter Haut von Hand- und Fufsflächen gelitten habe. Das Leiden sei in seiner Familie erblich. Schon Vater und Grofsvater hätten an solchen „Schwielenhänden und -Füfsen" gelitten, der Vater sogar noch viel mehr als er. Vaters Bruder sei ebenfalls davon befallen gewesen; derselbe habe besonders stark das Leiden an den Füfsen gehabt. Das einzige Geschwister des Patienten, eine Schwester, soll davon frei sein; das einzige Kind, ein dreijähriges Mädchen, zeigt ebenfalls keine Veränderungen.

Von einer Behandlung will Patient nichts wissen: „Hundsfett" sei das beste Mittel, um seine Hände weich und geschmeidig zu erhalten, und „solange er schwitzen könne, fehle es nicht." Im Sommer oder wenn er stark schwitze, seien die Beschwerden viel schwächer; dafs die Affektion an den Fufssohlen eine geringere Intensität zeigt, schreibt Patient dem starken Fufsschweifse zu.

Es handelt sich also in unserem Fall um eine angeborene, hereditäre, auf Hyperkeratosis beruhende, symmetrische Erkrankung von Palmae und Plantae. Von den etwa in Frage kommenden, mit Verhornungsanomalien einhergehenden Erkrankungen dürften Ekzem, Psoriasis, Lues, Lichen, Pityriasis rubra pilaris etc. ohne weiteres auszuschliefsen sein. An eine chronische Arsenintoxikation, die, wie ich in einer Arbeit[1] aufmerksam gemacht, ähnliche schwielige Veränderungen im Gefolge haben kann, ist ebenfalls nicht zu denken. Gegen eine Berufsdermatose spricht, abgesehen von der Anamnese, das klinische Bild, das diffuse, symmetrische Befallensein von Händen und Füfsen, wenn auch zugegeben werden soll, dafs das stärkere Ergriffensein der Hände gegenüber den Füfsen vielleicht durch die Handarbeit begünstigt worden ist. Nicht so leicht auszuschliefsen ist die Ichthyosis. Wir beobachten hier ganz ähnliche Bilder, ja die Ichthyosis kann bekanntlich (ich behandelte selbst einen derartigen Fall) auf Hand- und Fufsteller beschränkt sein. Kaposi[2] steht denn auch nicht an, sämtliche derartige Fälle unter die Diagnose Ichthyosis localis zu rubrizieren und sich gegen die Ansicht einer Reihe von Autoren zu wenden, die gewisse, durch klinisches Bild und Ätiologie abweichende Fälle von der echten Ichthyosis getrennt und als morbus sui generis aufgefafst wissen wollen. In der That bietet auch die Affektion unseres Patienten so manches Abweichende vom gewöhnlichen Bilde der Ichthyosis, dafs sie nur mit einem gewissen Zwange in diesem Rahmen sich unterbringen läfst. So können wir bei Ichthyosis localis sc. palmarum stets auch an anderen Körperstellen, wenn keine ausgesprochene ichthyotische Affektion, so doch Symptome einer abnormen Verhornung: Pityriasis capitis, Lichen pilaris, allgemeine Trockenheit und kleienförmige Abschuppung der Haut etc. konstatieren; die Schweifsfunktion ist ganz oder beinahe aufgehoben; die Umgebung der ichthyotischen Partien ist nicht hyperämisch gerötet. Bei unserem Patienten ist aber, wie wir gesehen, das Gegenteil der Fall. Und, abgesehen davon, wäre es nicht höchst wunderbar, wenn die Ichthyosis bei vier Familienmitgliedern stets auf ein und dieselbe Stelle lokalisiert wäre, ohne am übrigen Körper irgendwelche Symptome zu zeigen?

Voll und ganz stimmen dagegen klinisches Aussehen und Anamnese

---

[1] Zwei Fälle von Keratosis und Melanosis nach innerlichem Arsengebrauch. *Correspondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1894. S. 301.

[2] *Lehrbuch.* 4. Aufl. S. 620 u. 621.

mit UNNAS Keratoma hereditarium palmare et plantare[3] überein, ein charakteristischer Symptomenkomplex, der schon jetzt eine Reihe von Beobachtungen von THOST, BESNIER, AZUA u. a. in sich fast. Leider konnte in unserem Falle aus begreiflichen Gründen keine Excision zu histologischen Zwecken gemacht werden; doch reiht UNNA diese Anomalie, gestützt auf die Arbeit von THOST (1880), bei den angeborenen Mifsbildungen, speziell Wucherungsgeschwülsten ein.

Ich will nur noch kurz auf einige andere seltene, in abnormer Verhornung sich äufsernde Erkrankungen von Palmae und Plantae hinweisen, die bei der Differenzialdiagnose etwa noch in Betracht kommen könnten. Hierbei halte ich mich an die von BESNIER[4] gegebene Aufstellung, über Keratodermien der Hände und Füfse, die vier Typen umfafst:

1. Kératodermie commune symétrique des extrémités, die sich erst in den Kinderjahren entwickelt, erythematös-entzündlicher Natur ist und vielleicht in Verbindung mit einer zentralen Neurose steht.

2. Kératodermie symétrique des extrémités congénitale et héréditaire, häufig mit gleichzeitigem Vorkommen von Naevi. Zu dieser Form ist unser Fall zu zählen.

3. Kératodermie des extrémités en foyers, die in isolierten oder mehrfachen Herden auftritt und ganz unabhängig von Druckverhältnissen sich entwickelt.

4. Kératodermie accidentelle des extrémités, die in jedem Alter unter dem Einfluſs ungewohnter Handarbeit etc. auftritt, die aber nicht mit den eigentlichen Kallositäten verwechselt werden darf.

Eine dauernde Heilung ist bei dieser Affektion, die, wie unser Fall zeigt, im ganzen wenig Beschwerden verursacht, ausgeschlossen. Vorübergehende Besserung kann erzielt werden durch warme, erweichende Bäder, Schmierseife, Occlusivverbände, Einreibungen mit Fetten etc., denen mit Vorteil noch keratolytische Substanzen: Acidum salicylicum, Resorcin etc. einverleibt werden.

---

[3] *Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.* 1883. S. 231.
[4] KAPOSI, Traduct von BESNIER und DOYON. II. S. 41.

Feuilleton.

Historische Streifzüge.

Von

Dr. Moritz Cohn-Hamburg.

Hippokrates.

(Fortsetzung.)

Wenden wir uns nun der Pathologie zu, so finden wir bei Hippokrates gerade auf diesem Gebiete eine Reihe zutreffender und für eine scharfe Beobachtungsgabe zeugender Bemerkungen. Er weist seine Schüler an, Hautgeschwülste erst zu inspizieren und dann zu palpieren: beim Betasten sollen sie nicht allein darauf achten, ob Fluktuation vorhanden ist, sondern auch, ob sich die Geschwülste heifs oder kalt anfühlen. Er sagt auf Seite 13: „— — Geschwülste sind erkennbar, kann man doch durch den Augenschein sowohl, als auch durch das Befühlen ihre Festigkeit und ihre Feuchtigkeit wahrnehmen, sowie ferner, welche von ihnen heifs und welche kalt sind —". Er weifs, dafs die Eiterbildung schmerzhaft ist und Fieber macht, und dafs die Schmerzen nachlassen, wenn die Eiterung zum Stillstand kommt (S. 83); dafs übel riechender Eiter eine schlechtere Prognose giebt, als geruchloser (S. 456). Wenn bei der Wundbehandlung der Eiter keinen freien Abflufs hat, so entstehen Schmerz, Fieber und Schwellung der angrenzenden Weichteile (S. 258). Den aus Entzündungen entstehenden Abscefs hält er für schwierig zu behandeln; er verlangt, dafs derselbe reif ist, bevor er geöffnet wird (S. 44, 45). „Was die Abscesse und Geschwüre angeht, welche bei schweren Leiden entstehen, so ist es eine sehr grofse Kunst, die Abscesse in ihrer Entwickelung aufzuhalten und aufzulösen, sowie die eiterige Ansammlung in denselben zu hindern. Nächstdem aber ist es schwierig, sie auf einen möglichst engen sichtbaren Raum zusammenzubringen und die Ansammlung des ganzen Abscefses gleichartig zu machen; denn ist letzterer ungleichartig, so liegt die Gefahr vor, dafs er aufbricht, und die Wunde schwer zu heilen sein wird. Man mufs daher den Abscefs durch und durch reif und gleichartig werden lassen und ihn weder vorher öffnen, noch ihn von selbst aufgehen lassen." Merkwürdig sind die Vorstellungen unseres Altmeisters über den Einflufs der Jahreszeiten, des Windes und des Regens auf die Krankheiten. Ich greife nur einzelnes heraus, um dem Leser eine Vorstellung davon zu geben. Er glaubt, dafs im regenreichen

Sommer sich leicht fressende Geschwüre entwickeln. So schreibt er wenigstens auf Seite 389: „Wenn der Sommer trocken ist, hören die Krankheiten schneller auf, ist es aber regenreich, dann halten sie lange Zeit an. Es ist auch Gefahr vorhanden, dafs sich fressende Geschwüre aus jeder geringfügigen Veranlassung entwickeln, wenn eine Wunde vorhanden ist.“ Ferner löst bei Hautkrankheiten drohender Regen Jucken aus: „wie z. B. gewisse Arten von Lepra (d. h. Hautleiden) und Schmerzen in den Gliedern, wenn es Regen geben soll, Jucken hervorrufen“ (S. 414). Der Südwind soll gar Geschwüre an den Genitalien und im Munde hervorrufen. „Wenn solcher Wind (es ist vorher vom Südwind die Rede. Verf.) herrscht, haben die Menschen in ihren Krankheiten solche Zufälle, es entstehen feuchte Geschwüre, besonders im Munde, an den Genitalien und anderes.“ (S. 413).

Heutzutage halten sich Hämorrhoidarier oft für sehr krank. Ihnen könnte man die Lektüre des Hippokrates auf Seite 415 anraten. Sie würden dann einsehen, wieviel glücklicher sie daran sind, als andere Sterbliche. Es heifst dort: „Diejenigen, welche Hämorrhoiden haben, werden weder von Brustfellentzündung, noch von Lungenentzündung, noch von fressenden Geschwüren, noch von Furunkeln, noch von therebinthenähnlichen Geschwüren, vielleicht auch weder von Lepra (d. h. Hautleiden), noch von Vitiligó befallen.“ Leider setzen wir uns dabei der Gefahr aus, nur allzubald Lügen gestraft zu werden. Sehr treffend wird dagegen der Icterus gravis mit seinem oft unerträglichen Hautjucken geschildert. „Der Icterus ist akut und führt schnell zum Exitus. Die Haut wird an Färbung der Granatapfelschale ganz ähnlich oder mehr grüngelb, wie die grünen Eidechsen aussehen. Bisweilen kann der Patient seine Decke nicht mehr vertragen, sondern fühlt immer bei nüchternem Magen in der Morgenfrühe ein Beifsen und Jucken, alsdann kollert es meistenteils auch in seinen Eingeweiden“ (S. 434). Erfrierungen und Gangrän sind ihm genau bekannt, zweifelhaft erscheint mir nur, ob er den Zusammenhang ahnt. Wir lesen auf Seite 31: „Bei denjenigen, welche auf dem Marsche durch Schneegefilde oder sonstige kalte Gegenden an den Füfsen, an den Händen oder an dem Kopfe ein heftiges Kältegefühl haben, sind die Schmerzen viel schlimmer, welche sie um die Nachtzeit, wenn sie an einen warmen Platz gekommen und in Decken eingehüllt sind, von Wärme und Kribbeln auszustehen haben. Bei manchen bilden sich Blasen, als wenn sie sich am Feuer gebrannt hätten, und das alles tritt nicht früher ein, als bis sie warm geworden sind,“ und auf Seite 456: „Wenn, abgesehen von der Schwerfälligkeit, Nägel und Hände bleich aussehen, ist der Exitus sogleich zu erwarten, werden die Finger und Füfse hingegen über und über schwarz, so ist das weniger verderbenbringend, als wenn sie bleich sind. Doch auch auf die übrigen Anzeichen

hat man zu achten. Trägt der Patient seine Krankheit augenscheinlich leicht, und zeigt sich aufserdem irgend ein auf die Genesung hinweisendes Zeichen, so ist Hoffnung vorhanden, dafs es zum Abscefs kommen wird, so dafs der Kranke mit dem Leben davonkommt, die schwarz gewordenen Teile aber abfallen." Da wir sonst keine Andeutung über denselben Gegenstand finden, mufs ich unentschieden lassen, ob er unter dieser Gangrän nicht die Gangraena senilis versteht, während er bei dem milden Klima seiner Heimat vielleicht keine Gelegenheit hatte, den höchsten Grad der Erfrierung zu beobachten. Es ist dieses um so wahrscheinlicher, als er den zweiten Grad der Erfrierung (die Blasenbildung) so exakt schildert, die Gangrän sehr wohl kennt und trotzdem mit keinem Worte auf einen Zusammenhang beider hinweist, während er erwähnt (S. 507), dafs die Behandlung der grofsen Zehe am schwierigsten ist, da sie ja am ehesten brandig abstirbt. An derselben Stelle erfahren wir, dafs Skropheln hauptsächlich im jugendlichen Alter auftreten, relativ leicht heilen, während die Geschwüre des Alters (latente Carcinome) den Patienten bis an sein Lebensende begleiten. „Weiche Geschwüre sind gutartig, rohe Geschwüre bösartig," sagt er auf Seite 118 und „Geschwüre mit Haarschwund ringsherum sind bösartiger Natur" auf Seite 120.

Die Einwirkung des Traumas wird auf Seite 261 geschildert. Es kommt zu einer Quetschung der Gewebe, infolgederen eine Blutung auftritt, welche ihrerseits aufgesogen werden kann oder mit dem Messer entfernt werden mufs, sei es, dafs das Blut unverändert bleibt oder sich in einen Abscefs umwandelt. Wir erfahren ferner, dafs er bereits einen Zusammenhang zwischen Hautausschlägen und Gelenkentzündungen kennt (S. 524).

Dem Urin und der Blase wird von Hippokrates grofse Aufmerksamkeit geschenkt. Wollte ich das, was er über den Urin sagt, im Auszug dem Sinne nach richtig wiedergeben, so müfste ich viel mehr Worte gebrauchen, als der Autor selbst; ich lasse daher das ganze Kapitel über den Urin hier wortgetreu folgen (S. 458 und 459): „Der Urin ist am besten, wenn der Bodensatz weifslich, ohne Klumpen und gleichmäfsig ist während der ganzen Zeit bis zur Krisis der Krankheit, denn so deutet er auf sichere Heilung und kurze Dauer des Leidens hin. Bleibt er aber hier und da aus, und ist der gelassene Urin bald klar, bald mit weifsem Sedimente ohne Klumpenbildung versehen, so dauert die Krankheit länger, und die Wiederherstellung ist weniger gesichert. Ist aber der Urin ein wenig rot und sein Bodensatz gleichmäfsig und ohne Klumpenbildung, so hält er zwar längere Zeit an, als der erstgenannte, führt aber sicher zur Heilung. Kleienähnliche Sedimente im Urin sind bedenklich, schlimmer als diese sind die lamellenförmigen; weifse und dünne Sedimente sind sehr schlecht, gefährlicher noch als wie die schorfartigen. Wenn Wölkchen im Urine mitgeführt werden, sind sie gut, falls sie

weifslich, schlecht, wenn sie schwarz aussehen. Solange der Urin gelb und dünn ist, zeigt er einen Morbus crudus an; dauert er aber in dieser Beschaffenheit längere Zeit an, so ist die Gefahr vorhanden, dafs der Mensch nicht aushält, bis die Cruditas morbi gehoben ist. Verderblicher ist der übelriechende, wässerige, schwarze und dicke Urin. Bei Männern und Frauen ist schwarzer Urin am gefährlichsten, bei Kindern der wässerige. Bei denjenigen, welche längere Zeit hindurch dünnen und rohen Urin lassen, ist, wenn die übrigen Anzeichen auf Heilung hinweisen, ein Abscefs in der unterhalb des Praecordiums gelegenen Gegend zu erwarten. Auch an den oben aufsitzenden fetten, spinnwebenartigen Decken des Urins ist etwas auszusetzen, denn sie sind ein Anzeichen für die allmähliche Kolliquation. Wenn im Urine Wolken sind, hat man zuzusehen, ob sie oben oder unten sind und welche Färbung sie haben. Lagern die Wolken mitsamt den oben genannten Nuancen unten, so hat man sie für gut zu halten und zu loben, sind sie hingegen zusammen mit den vorgenannten Nuancen an der Oberfläche, so hat man sie für schlecht zu halten und zu tadeln. Man lasse sich aber nicht durch den Fall täuschen, dafs die Blase selbst erkrankt ist und dem Urine solche Eigenschaften verleiht, weil das kein allgemeines Symptom für den ganzen Körper, sondern nur ein spezielles für die Blase ist."

Hiermit ist der Übergang von der allgemeinen Pathologie zur speziellen gegeben. Er kennt von den Erkrankungen des uropoetischen Apparates Nierenleiden und Blasensteine (S. 385, 386), die tuberkulöse (?) Cystitis der Kinder (S. 465), den Prostataabscefs (S. 136) und die blennorrhoische (?) Urethritis mit ihren Folgen (S. 478). Als Ursache für die Entstehung der Blasensteine nimmt Hippokrates das Trinken verschiedener Wassersorten in Anspruch, also dasjenige aus grofsen Flüssen, in welche andere einmünden, etc. Infolge des Genusses solchen Wassers kommt leicht eine Entzündung des Blasenhalses zu stande (S. 386); dieser läfst alsdann nur das Klare hindurch, das „Dickste und Schmutzigste" sammelt sich in der Blase an, und so kommt es zur Bildung des Blasensteines. Beim Urinieren fällt dann dieser Stein auf den Blasenhals und verursacht heftige Schmerzen. Die Frauen bekommen aber nur selten einen Blasenstein, weil sie nicht so leicht die Genitalien mit der Hand reiben, mehr trinken, als das männliche Geschlecht (es scheint also damals gerade umgekehrt wie heute gewesen zu sein! Verf.), und weil ihre Urethra kurz und breit ist. Der Urin, welcher in kleinen Mengen und in Tropfenform zum Vorschein kommt (Blennorrhoe, Striktur? Verf.) ist schlecht (S. 478). Den Prostataabscefs glaube ich auf Seite 136 geschildert zu finden. Es heifst dort: „Bei denjenigen, bei welchen ein Tumor in der Urethra auftritt, hören die Schmerzen auf, sobald sich derselbe nach Bildung von Eiter eröffnet hat."

Hier schalte ich eine Reihe Bemerkungen ein, welche von Interesse sind, jedoch keinen Zusammenhang untereinander aufweisen. Hippokrates hält bei Bubonen alle Fieber aufser den eintägigen für gefährlich (S. 101). „Bei Hydropischen heilen am Körper entstehende Geschwüre nicht leicht“ (S. 121) und „breite Hautausschläge verursachen meist nur wenig Jucken“ (ibid.). „Dafs sich ein Erysipel von aufsen nach innen zieht, ist nicht gut, von innen hingegen nach aufsen, ist gut“ (S. 123). „Wenn bei Schwindsüchtigen die Haare am Kopfe ausgehen, so sterben sie, falls Durchfall hinzukommt“ (S. 109). Die Canities und Poliosis erklärt er auf Seite 227 folgendermafsen: „Die grauen Haare entstehen aus dem Grunde, weil, wenn sich die Feuchtigkeit lange Zeit hindurch im Menschen herumbewegt hat, das am meisten Weifse abgesondert wird und auf die Epidermis niederfällt, das Haar wieder durch die Attraktion des Saftes, der gegen früher mehr weifs ist, selbst weifser wird und ebenso die Epidermis an den Stellen, wo die grauen Haare hervorwachsen, weifser wird, als an den übrigen. Auch bei denjenigen, welche von Anfang an graue Haare auf dem Kopfe haben, ist die Epidermis da, wo das Haar grau ist, weifser, als an den übrigen Stellen, weil da die am meisten weifse Feuchtigkeit angesammelt ist.“

Zum Schlusse dieses Teiles will ich noch auf einige Krankheiten eingehen, deren Namen gröfstenteils nicht genannt werden, welche mir aber trotzdem sehr treffend geschildert erscheinen. Es sind dies Noma (S. 509), Scarlatina (S. 467) und Ekzem (S. 33). Für am gefährlichsten hält Hippokrates denjenigen Gesichtsbrand, dessen faulige Zersetzung am tiefsten greift und am schwärzesten und am trockensten ist, ferner denjenigen, welcher schwarze Jauche nach oben abstöfst. Kommt es zur Abstofsung der erkrankten Partie, so sieht er darin den Beginn der Heilung. Weiter lesen wir auf Seite 467: „Bei solchen (Anginen), bei welchen die Kehle und zugleich der Hals miterrötet, dauern die Anginen natürlich längere Zeit, und zumal dann übersteht man sie, wenn der Hals und die Brust gerötet sind und die Rötung nicht nach innen zurückgeht.“ Denkt man bei dieser Schilderung nicht unwillkürlich an Scharlach? Das Ekzem beschreibt er auf Seite 33 folgendermafsen: „Die Flüsse von grofser und verschiedener Schärfe aber, welche sich nach den Augen ziehen, machen die Augenlider wund, zerfressen bei einigen die Backen und die Gegend unter dem Auge, wohin sie sich gerade ergiefsen.“ Für die Genitalaffektionen des Altertums interessant, wenn auch nicht mit Sicherheit auf Syphilis bezüglich ist folgende Stelle auf Seite 382: „Bei den Frauen kommen Geschwüre und Fluor albus vor, sie konzipieren nur mit Mühe und gebären schwer. Die Föten sind grofs und geschwollen, gehen später bei dem Aufziehen leicht ein und kränkeln. Auch tritt bei den Frauen post partum eine genügende Reinigung nicht

ein. Bei den Kindern wieder stellen sich Hernien ein, bei den Männern aber besonders Varicen und offene Wunden an den Unterschenkeln.“ Weiter betont er noch den häufigen Abortus dieser Frauen. Endlich sei noch folgende Stelle auf Seite 525 und 526 angeführt, welche gewifs schon oft auf Syphilis bezogen worden ist; wahrscheinlicher aber ist hier unter A. die Lepra gemeint. Ich lasse den ganzen Absatz folgen, damit sich der Leser ein eigenes Urteil bilden kann. „Lichen, Lepra und Leuke, wenn eins von diesen im Jünglings- oder Kindesalter vorhanden war, oder, nachdem es sich erst in kleinem Umfange gezeigt hat, im Verlaufe einer langen Zeit zunimmt, so hat man bei solchen Patienten das Exanthem nicht für eine Apostase, sondern für eine Krankheit zu halten, bei denjenigen hingegen, bei welchen eines von diesen in grofsem Umfange und plötzlich aufgetreten ist, wird es wohl eine Apostase sein. Leuke aber gehört zu den verderblichsten Krankheiten, wie auch die sog. phoinikische Krankheit. Lepra und Lichen gehören zu den atrabilarischen Krankheiten. Am leichtesten kann man aber diese Leiden heilen bei möglichst jungen Leuten und wenn sie selbst möglichst frisch sind und in den weichsten und fleischigsten Partien des Körpers ihren Sitz haben.“ Jedenfalls wird die Zusammenstellung von Leuke und phoinikischer Krankheit den mannigfaltigsten Deutungen freien Spielraum lassen.

(Fortsetzung folgt.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 24. Heft 1. 1896.

I. **Zur Genese der hereditären Syphilis**, von Caspary-Königsberg. Kassowitz hatte vor ca. 20 Jahren die Behauptung aufgestellt, die Placenta sei nach beiden Seiten hin undurchlässig, es könne somit weder von dem Kinde eines syphilitischen Vaters das Gift zur gesunden Mutter durchdringen, noch eine erst in der Schwangerschaft infizierte Frau das Virus auf den gesund gezeugten Fötus übertragen. Später gab derselbe Autor zu, dafs in seltenen Fällen von der intra graviditatem infizierten Mutter das Gift durch die Placenta auf das Kind übergehen könne.

Der Streit, der damals in dieser Frage ausbrach, ist, streng genommen, noch bis zum heutigen Tage noch nicht völlig beigelegt, und es mufs von Nutzen sein, Beiträge zu liefern, die die Frage nach der einen oder anderen Seite hin klären könnten.

Der Verfasser beschreibt drei Fälle, in denen die intra graviditatem infizierte Mutter das Gift nicht auf das Kind übertragen hat, wo also die Placenta als undurchgängiges Filter gewirkt hat.

In einem vierten Falle jedoch ist die hereditäre Syphilis bei Lebzeiten des Kindes festgestellt worden.

Mehrere andere Fälle, die Verfasser beobachtet hat und die Kassowitz' Ansicht stützen könnten, sind wegen der Unsicherheit der Anamnese nicht einwandsfrei. Aus den wenigen Beobachtungen geht jedoch hervor, dafs die Placenta als undurchgängig gegen die syphilitische Infektion wirken kann, dafs sie wahrscheinlich oft oder meistens so wirkt.

Von gröfstem praktischen Interesse ist es nun, zu wissen, ob ein von einer in der Schwangerschaft infizierten Mutter gesund geborenes Kind sich unter allen Umständen anders verhalte, als ein von gesunden Eltern geborenes. Nach dem Gesetze von Profeta ist es gleich allen gesund gebliebenen Kindern syphilitischer Eltern refraktär gegen syphilitisches Gift, d. h. zunächst ungefährdet, wenn es durch seine kranke Mutter gestillt, geküfst etc. wird. Es fragt sich aber, ob solche Kinder ausnahmslos refraktär sind, und wie lange dieser ererbte Schutz vorhalte. Nach den Erfahrungen von Mireur, Neumann, Neisser, Arning, Grünfeld u. a. ist das Profetasche Gesetz eigentlich nur eine Regel, weil Ausnahmen vorkommen, aufserdem ist die Dauer des ererbten Schutzes eine ganz unbestimmte. Aus diesen Gründen sollte man von der Impfung solcher Kinder mit syphilitischem Eiter zum Zwecke des Experimentes jederzeit abstehen. Ebenso sei die Frage, ob derartige Kinder von ihren syphilitischen Müttern genährt werden dürften, sehr reiflich zu überlegen.

II. **Über Urticaria pigmentosa xanthelasmoides und Urticaria chronica perstans papulosa**, von J. Fabry-Dortmund. Die Urticaria pigmentosa xanthelasmoides, von der Verfasser einen typischen Fall längere Zeit hindurch beobachtet hat, zeigt als auffallendstes Symptom eine Art Geschwulstbildung, die eine gewisse Ähnlichkeit mit den Xanthelasmen hat und zuweilen jahrelang persistieren kann. Bei der gewöhnlichen Urticaria pigmentosa restieren nach Evolution der Urticariaquaddeln pigmentierte Flecke. Auch nach Rückbildung der Hauttumoren bei der ersteren Form bleiben Pigmentierungen zurück. Gleichwohl hält es Verfasser für richtig, beide Erkrankungen streng auseinanderzuhalten und schon durch die Nomenklatur scharf zu unterscheiden zwischen einer Urticaria pigmentosa simplex und einer Urticaria pigmentosa xanthelasmoides. Die letztere ist eine seltene Affektion, von der etwa 7—8 Fälle in der Litteratur veröffentlicht sind. Verfasser beschreibt den Fall, über den er bereits auf dem Breslauer Dermatologen-Kongrefs berichtet hat. Es handelt sich um einen 20jährigen jungen Mann, dessen Gesicht vollständig frei, dessen Hals, Nacken, Sternalgegend, Rücken, Gesäfs der Sitz von schmutzig-gelben bis tiefdunkel braunroten, derb elastischen Efflorescenzen sind. Auf der Oberfläche derselben zeigen sich die normalen Hautfurchungen und in geringem Grade kleine, fest anhaftende, weifse Schüppchen.

Im allgemeinen ist eine gewisse Symmetrie in der Lokalisation nicht zu verkennen. Dafs man es im vorliegenden Falle mit einer Urticariaform zu thun hatte, dafür sprach die vorhandene ganz ausgesprochene Urticaria factitia, ferner, dafs unbedeckte Stellen des Gesichts und der Hände sofort intensiv rot wurden, sobald sie der Kälte oder der Zugluft ausgesetzt waren, und dafs dieses Erythem nach kurzer Zeit, sobald der Insult vorüber war, auch wieder verschwand. Die künstlich am Körper hervorgerufenen Urticariaquaddeln verschwinden nach einigen Stunden spurlos, dagegen gelingt es nicht, jene persistierenden Efflorescenzen künstlich zu erzeugen.

Die mikroskopische Untersuchung hat das Vorhandensein von Hämorrhagien, wie sie Pick bei Urticaria xanthelasmoides festgestellt hat, bestätigt. Die Hämorrhagien fanden sich in der Nähe der kleinen Arterien und um die Schweifsdrüsen-Konglomerate und waren so zahlreich, dafs Verfasser sich berechtigt glaubt, anzunehmen, dafs auf Kosten dieser Hämorrhagien in erster Linie die Erhebung der Exkrescenzen über das Niveau der gesunden Haut zu setzen ist. Die subkutanen und

kutanen Blutungen erklären auch die eigentümliche braunrote und schmutzig-gelbe Verfärbung der Haut. Überall fanden sich in den Präparaten gut entwickelte Blutzellen, nirgends körniger Zerfall oder sonstige Anzeichen von Degeneration und regressiver Metamorphose.

Verfasser beschreibt im folgenden einen Fall von Urticaria chronica perstans papulosa und knüpft daran Bemerkungen über Lichen verrucosus. Der Ausschlag begann bei der 40jährigen, verheirateten Frau vor acht Jahren zuerst an der Dorsalseite beider Füfse und verbreitete sich allmählich über den ganzen Körper.

Die Primäreffloreszenz ist ein derber Knoten, der halbkugelförmig über die gesunde Haut hervorragt und einen etwa ½ cm grofsen Durchmesser hat. Die Knoten sind nicht exulceriert, aber vielfach zerkratzt und mit ganz kleinen, fest anhaftenden Schüppchen bedeckt. Im frischen Zustande sehen sie rot, wenn sie älter sind, bräunlich aus. Das Jucken ist aufserordentlich intensiv und durch Mittel nur sehr wenig zu mildern. Urticaria factitia ist, wenn auch in geringem Grade, vorhanden. In der letzten Zeit hat die Patientin akute quaddelartige Schwellungen, besonders im Bereiche der Gesichtshaut, bekommen.

Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose des Falles.

III. **Zur Histologie des blennorrhoischen Eiters**, von C. Pezzoli-Wien. Verfasser stellt Untersuchungen an über den Nachweis von Gonokokken und eosinophilen Zellen im Sekrete der Pars anterior, posterior, Littréschen Drüsen und Prostata und teilt einen Fall von einer durch den Colibacillus bedingten Urethritis posterior und follikulären Prostatitis mit.

Um die Häufigkeit der Miterkrankung der adnexen Drüsen der Urethra am blennorrhoischen Prozesse festzustellen, wurde nach den Methoden von Crippa, Sehlen, Neisser, Putzler das Sekret der Pars anterior und Prostata möglichst isoliert aufgefangen und auf eosinophile Zellen untersucht. Durch gleichzeitige Blutuntersuchungen sollte festgestellt werden, ob nicht die Anwesenheit der eosinophilen Zellen im Urethralsekrete der Ausdruck einer Allgemeinwirkung des blennorhoischen Prozesses selbst auf die Blutmasse wäre.

Nach einigen Bemerkungen zur Anatomie der Littréschen Drüsen teilt Verfasser das Verfahren mit, nach welchen er seine Untersuchungen angestellt hat. In einem weiteren Abschnitte (Band 24. Heft 2) werden die untersuchten Fälle, im ganzen 56, in kurzen Berichten und in tabellarischer Übersicht zusammengestellt. Die Schlüsse, die Verfasser aus dieser Zusammenstellung und überhaupt aus seinen Untersuchungen zieht, geben wir in folgenden Sätzen wieder:

1. Was den Gehalt an Gonokokken bei der Urethritis acuta betrifft, so ergab das Urethralsekret in 98 % der Fälle ein positives Resultat.

2. Die Miterkrankung der Littréschen Drüsen und Morgagnischen Taschen stellt bei der Urethritis acuta eine geradezu ausnahmslose Komplikation dar. Sie wurde bei allen untersuchten Fällen nachgewiesen.

3. Was die chronische, d. h. mehrere Monate bis Jahre alte Urethritis betrifft, so zeigte das Urethralsekret in sechs von acht untersuchten Fällen, also in 75 % Gonokokken. Das Littrésche Drüsensekret ergab von sieben untersuchten Fällen in sechs, also in 86 % Gonokokken. Bei der chronischen Urethritis anterior sind also Gonokokken im Sekrete der Littréschen Drüsen und Morgagnischen Taschen häufiger nachzuweisen, als in der Urethra.

4. Was die Urethritis acuta posterior betrifft, so nehmen die Prostatadrüsen fast ausnahmslos an der blennorrhoischen Erkrankung teil.

5. Bei der chronischen Urethritis posterior finden sich Gonokokken

im Sekrete der Prostatadrüsen ebensohäufig, als im Sekrete der Pars posterior. Daraus resultiert die praktisch wichtige Lehre, dafs man sich bei derartigen Untersuchungen nie auf die Untersuchung nur eines Sekretes beschränken, sondern stets alle Sekrete, insbesondere die der Pars posterior und Prostata, auf Gonokokken untersuchen solle.

6. Was die eosinophilen Zellen betrifft, so findet man dieselben fast ausnahmslos sowohl im Sekrete der Urethra, als in dem der adnexen Drüsen (Littréschen Drüsen, Lakunen und Prostata).

a) Bei einfacher und komplizierter Urethritis anterior ist die Zahl der eosinophilen Zellen etwa 24 % geringer, als bei gleichzeitig bestehender Urethritis posterior.

b) Das Sekret der Littréschen Drüsen ist im allgemeinen an eosinophilen Zellen ärmer, als das Sekret der Urethra. Die Menge der eosinophilen Zellen im Sekrete der Littréschen Drüsen und Morgagnischen Taschen nimmt zu, sobald sich zur Urethritis acuta anterior eine posterior hinzugesellt. Diese Zunahme ist sehr beträchtlich, sie beträgt 27 %.

c) Was die chronische Urethritis anterior betrifft, so ist die Zahl der eosinophilen Zellen eine bedeutend gröfsere in jenen Fällen, in denen die Urethritis chronica anterior durch eine Urethritis chronica posterior kompliziert war.

d) Im Sekret der Urethra posterior sind häufiger eosinophile Zellen nachzuweisen, als in dem der Pars anterior.

e) Die Untersuchung des Sekretes der Prostatadrüsen in Fällen von Urethritis posterior acuta ergiebt nahezu die gleichen Verhältnisse, was die Häufigkeit des Nachweises der eosinophilen Zellen betrifft, als das Sekret der Pars posterior.

f) Auch in den chronischen Fällen nimmt die Menge der eosinophilen Zellen in der Pars anterior und im Sekrete ihrer adnexen Drüsen zu, wenn die Urethritis anterior durch eine posterior kompliziert ist; die absolute Menge der eosinophilen Zellen im Sekrete der Pars posterior und Prostatadrüsen ist in diesen Fällen gröfser, als im Sekrete der Pars anterior.

g) In chronischen Fällen sind stets die eosinophilen Zellen im Sekrete der Prostata häufiger anzutreffen, als im Sekrete der Pars posterior, im Sekrete der letzteren wieder häufiger, als im Sekrete der Pars anterior und im Sekrete der Pars anterior häufiger, als im Sekrete der Littréschen Drüsen.

Fragt man nach der Ursache dieser Erscheinung, so steht zunächst die Thatsache fest, dafs beim Auftreten einer Urethritis posterior sämtliche Sekrete eosinophile Zellen in vermehrter Menge nachweisen lassen. Systematische Blutuntersuchungen derartiger Fälle haben ergeben, dafs in allen jenen Fällen, in denen die Sekrete an eosinophilen Zellen reicher waren, das Blut neben deutlicher entzündlicher Leukocytose eine deutliche Vermehrung der eosinophilen Zellen darbot. Das läfst den Schlufs zu, dafs in den Fällen von Urethritis acuta posterior und Prostatitis auf einem uns bisher nicht bekannten Wege eine Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blute stattfindet, welche dazu beiträgt, dafs die eosinophilen Zellen im entzündlichen Exsudate, dem blennorrhoischen Sekrete, in gröfserer Menge auftreten. Bei der chronischen Urethritis posterior dagegen zeigt das Blut solche Veränderungen nicht; da aber in diesen Fällen die eosinophilen Zellen gerade im Sekrete der Prostata am häufigsten sind, so mufs man annehmen, dafs die Prostata unter der Einwirkung der chronisch entzündlichen Veränderungen direkt die Fähigkeit erlangt, eosinophile Zellen zu produzieren.

h) Die eosinophilen Zellen kommen nicht dem blennorrhoischen Katarrh allein zu, wie der vom Verfasser beschriebene Fall von durch Bacterium coli bedingter Urethritis und Prostatitis follicularis beweist.

IV. **Über einen bisher unbekannten endemischen Lepraherd in Dalmatien,** von O. Hovorka v. Zderas-Janjina (Dalmatien). Etwa zwei Stunden von Janjina entfernt befindet sich die malerisch gelegene, stark bewaldete, sagenreiche Insel Meleda. Im südöstlichsten Teile der Insel, in der Ortschaft Maranoviçi, sollen 10—12, in der Hauptortschaft Babinopolje zwei und im Dorfe Blato ebenfalls zwei Lepröse vorhanden sein. Einige derselben hatte Verfasser Gelegenheit, zu sehen. Es handelte sich in diesen Fällen um Lepra maculosa. Die Prüfung der Sensibilität ergab vollständig normales Verhalten. Weder war Anästhesie, noch Hyperästhesie vorhanden. Die Heredität scheint bei der Lepra auf Meleda eine Rolle zu spielen.

V. **Beitrag zur visceralen Lepra,** von Doutrelepont und Wolters-Bonn. Auf dem dritten Kongresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft zu Leipzig im Jahre 1892 hat Doutrelepont über zwei Fälle von Lepra berichtet, die er unter anderen Mitteln auch mit Tuberkulin und kantharidinsaurem Kalium behandelt hat. Der zweite dieser Patienten ist am 20. Mai 1895 in der Bonner Klinik gestorben, und es bot sich Gelegenheit, nachzuprüfen, ob die klinischen Beobachtungen durch die Sektionsbefunde bestätigt würden. Während nun die Sektion makroskopisch nichts für viscerale Lepra Charakteristisches bot, so hatte die mikroskopische Untersuchung mehr positive Ergebnisse aufzuweisen. Zunächst wurde das Blut, und zwar vom rechten Ventrikel und Vorhof, auf Leprabacillen untersucht. Die Deckglaspräparate wurden zuerst mit Karbolfuchsin gefärbt, sodann mit Methylenblau nachgefärbt.

Auf allen Deckgläschen wurden zwischen den roten Blutkörperchen Leukocyten gefunden, welche einzelne oder zu Gruppen angeordnete Leprabacillen enthielten. Auch freiliegende Gruppen von Bacillen wurden angetroffen.

Ferner wurden in der Speckhaut aus dem Herzen, und zwar mitten darin, eingeschlossen, die Bacillen noch viel zahlreicher, als im flüssigen Blute, vorgefunden. Ebenso konnte man im Gerinnsel gröfserer Gefäfsstämme der Organe Leprabacillen antreffen, so dafs Doutrelepont's Behauptung, dafs Leprabacillen im Blute kreisen und als solche sich in den Präparaten vorfinden, vollinhaltlich bestätigt wurde.

Das Lungengewebe zeigte sich mikroskopisch durchsetzt von kleinen, rundlichen Herden, die aus einer gröfseren oder kleineren Anzahl von Alveolen bestanden, deren Septen etwas verbreitert, kernreicher, durchsetzt von Rundzellen, und unter denselben kaum noch wahrzunehmen waren. Im Zentrum der Herde findet sich nirgends Zerfall oder Verkäsung; nirgends sind epitheloide, noch Riesenzellen nachzuweisen. Um die Herde herum lagert gesundes, normales Lungengewebe. In den Alveolarsepten, in den Alveolen und in den Infiltrationsherden finden sich zahlreiche Bacillen, stets intracellular gelagert, meist in Haufen und Globis angeordnet. In vielen bacillentragenden Zellen wurde charakteristische, zuweilen hochgradige Vakuolenbildung beobachtet. Im ganzen ist die Menge der Bacillen in den Lungen im Vergleich zu der in der Haut eine geringe zu nennen. Da sich nirgends auch nur die kleinsten Anhaltspunkte für eine tuberkulöse Erkrankung des Organs fanden, so stehen Verfasser nicht an, die gefundenen Veränderungen in der Lunge als rein leprös zu erklären.

Die mikroskopische Untersuchung ergab weiter in den Rachengebilden in geringer Menge, auf der Zunge und in der Zungenmuskulatur, im Hoden und Nebenhoden massenhafte Bacillen. Der Hoden war makroskopisch derb und fest. Mikroskopisch war vom eigentlichen Hodenparenchym nichts mehr zu sehen. Das ganze Organ bestand eigentlich nur noch aus gefäfshaltigem Bindegewebe, welches von einer Unzahl Bacillenhaufen verschiedener Gröfse dicht durchsetzt war. In ähnlicher Weise zeigte sich der Nebenhoden verändert. Das Epithel der Samengänge war meistens gut erhalten, barg aber in sich typische Globi und Haufen von Bacillen. Im Lumen aller

Gefäfse fanden sich in abgestofsenen Zellen Leukocyten oder ganz freiliegend Bacillen vor, in Haufen und auch einzeln. Alle Gefäfse, besonders die Venen des Plexus pampiniformis, boten in ihrer Umgebung und in ihren Wandungen Ansammlungspunkte für die Bacillen, die aber nicht minder zahlreich auch in den Endothelzellen und im Lumen sich nachweisen liefsen. Nach diesen Befunden mufs die Möglichkeit zugegeben werden, dafs schon frühzeitig die Leprabacillen in die samenbereitenden Organe eindringen und mit dem Sperma entleert werden können.

Der Darm bot makroskopisch das Bild einer schweren Entzündung mit Ulcerationsprozessen, besonders im Kolon und Rectum, also das typische Bild der Dysenterie. Auch mikroskopisch wich das Bild im allgemeinen von dem der Dysenterie nicht ab. Neu und ungewöhnlich waren nur ziemlich grofse, aus polymorphen Zellen und Leukocyten in Verbindung mit gewuchertem Bindegewebe gebildete Flecke unter der Muscularis mucosae, die sich bei schwacher Vergröfserung ziemlich scharf gegen die Umgebung absetzten. Um diese Zelle herum sah man bei starker Vergröfserung Leprabacillen. Neben den gröfseren Zellen traten auch kleinere, länglich geformte auf, welche Bacillenglobi in sich trugen.

Nach den makro- und mikroskopischen Befunden ist die Erkrankung des Darmes, soweit sie die Mucosa betraf, als dysenterische, was aber die unter der Muscularis mucosae sich findenden Veränderungen anlangt, als lepröse zu bezeichnen.

Es wurden weiter Leber, Nieren, Lunge, der Nervus medianus und ulnaris untersucht. Letztere beiden Nerven waren von Bacillenherden völlig durchsetzt, obwohl keinerlei Symptome bei Lebzeiten dies hätten vermuten lassen. Es kann demnach schon eine hochgradige Erkrankung des Nerven vorliegen, ehe dadurch Symptome hervorgerufen werden.

Alle von den Verfassern mikroskopisch untersuchten Organe haben sich als leprös erwiesen, selbst diejenigen, welche bei der Sektion als gesund angesprochen wurden. Besonders wichtig ist es, dafs es gelang, in den Lungen, Bronchial- und Mesenterialdrüsen, im Darm, Knochenmark und in den Nieren typisch angeordnete, meist in typischen Leprazellen lagernde Bacillen nachzuweisen in einem Gewebe, das keinerlei Ähnlichkeit mit dem bei Tuberkulose gefundenen hatte.

Sicher gestellt ist bei allen Befunden die Diagnose Lepra durch das massenhafte Vorkommen der Bacillen meist intracellulär und in typischer Anordnung, durch das Vorkommen von vakuolisierten Zellen in allen untersuchten Organen, sowie durch das absolute Fehlen von Tuberkeln ähnlichen Bildungen mit epitheloiden und Riesenzellen, sowie zentraler Nekrose oder Verkäsung in allen Organen des Körpers.

Es giebt sonach zweifellos eine reine viscerale Lepra.

Aus dem Vorkommen der Bacillen im Kreislaufe, in und um die Gefäfse und Kapillaren der Organe kann man den Schlufs ziehen, dafs gerade das Blut es ist, welches die Bacillen in die Organe verschleppt und den ganzen Organismus dadurch verseucht. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band VII. Heft 2.

1. **Beobachtungen über die Behandlung der Blennorrhoe mittelst der Janet'schen Methode,** von Wossidlo. Verfasser hat an dem ihm zur Verfügung stehenden Material die von Janet vorgeschlagene Methode in eingehender und sorgfältiger Weise nachgeprüft, und zwar bei akuten und chronischen Formen, nach der ursprünglichen rigorosen und nach der neueren milderen Methode. Auch seine Resultate sind keineswegs ermutigend. Die ältere rigorose Abortivbehandlung ist in der Privatpraxis kaum durchführbar. Die modifizierte mildere Behandlung ist besser durchführbar und

scheint auch einen günstigen Eindruck zu machen, obwohl sie nichts Hervorragendes leistet. Bei chronischer Blennorrhoe ist die Janetsche Methode entschieden unzuverlässig, höchstens wirkt sie sekretionsbeschränkend. Die vorhandenen anatomisch-pathologischen Veränderungen der Schleimhaut müssen durch andere Manipulationen beseitigt werden.

2. **Über den perinealen Lappenschnitt bei Prostataoperationen**, von Veerhoogen. (Fortsetzung.) Verfasser schildert nunmehr die nach seiner Methode operierten Fälle. Entschieden gutes Resultat bei Prostataabscessen. Ein Fall von periprostatischer Phlegmone ging ein; bei einem Fall von Tuberkulose der Prostata ist keine dauernde Heilung erzielt. Ein Mann mit Hypertrophie wurde durch keilförmige Resektion sehr gebessert. Jedenfalls scheint die Methode eine wertvolle Bereicherung der hier angebrachten Operationsarten zu sein.

3. **Zur Diagnostik der Prostatitis chronica**, von Rosenberg. Verfasser untersuchte 100 Patienten, die früher Blennorrhoe durchgemacht hatten, die Prostata vom Rectum aus und fand in 35 Fällen eine chronische Prostatitis. Dabei war meist keine Prostatorrhoe vorhanden, wohl aber fand sich die Prostata vergrößert, druckempfindlich; nebenbei bestand eine ganze Reihe von subjektiven Beschwerden. Zur Illustration führt Verfasser drei Krankengeschichten an: Schmerzen beim Gehen, Impotenz, Infektion der Frau. Therapeutisch empfiehlt Verfasser Massage der Prostata und die Atzpergersche Kühlbirne. Die Erfolge sprechen für die Richtigkeit seiner Ansicht. *F. Hahn-Bremen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1895. Heft 12.

I. **Über eine neue pemphigoide und eiternde Form von Hauttuberkulose**, von H. Hallopeau. Ein 15jähriger Bursche aus tuberkulöser Familie kommt wegen vorgeschrittener Lungenschwindsucht ins Krankenhaus zur Aufnahme. Er ist mit einem Ausschlag behaftet, an dem sich vier Formen unterscheiden lassen. Am zahlreichsten vertreten sind kleine, miliare Eiterbläschen; sie sitzen fast alle auf den Unterschenkeln, einzelne auch auf den Oberschenkeln; teilweise ragt aus ihrer Mitte ein Härchen hervor. Die zweite Form ist als Lichen scrophulosorum anzusprechen. Stellenweise fließen diese Lichenpapeln nun aber auch in größerer Menge zusammen und bilden dann als dunkelrote hervorragende Hautpartien die dritte Form, so namentlich auf dem linken Unter- und Oberschenkel, wo Herde von mehreren Centimetern Ausdehnung sich finden. Noch größere Herde, endlich von 6 cm Umfang, gewahrt man auf der hinteren Fläche des rechten Unterschenkels; eine solche Plaque wird ausführlich beschrieben: sie ist in der Mitte eingesunken und exulceriert und trägt ein eiteriges Exsudat; ihre Randzone ist hart und stark gerötet und weist an einer Stelle eine pemphigoide Blasenbildung auf. Im weiteren Verlauf der Krankheit bilden sich noch mehrere derartige Herde. Hallopeau betont in seinen Ausführungen, daß es sich bei diesem Ausschlag sicher um eine Hauttuberkulose handle, wenn es auch nicht gelungen sei, den Kochschen Bacillus nachzuweisen, und legt seine Folgerungen aus dieser Beobachtung in zehn Schlußsätzen nieder.

II. **Ein Fall von Dermatitis exfoliativa generalisata in Verbindung mit multipler Hautsarkomatose**, von Rudolph Krefting-Christiania. Eine 68jährige Frau, die schon dreimal innerhalb der letzten zwei Jahre an Dermatitis exfoliativa erkrankt war, kommt wegen eines frischen, seit drei Monaten bestehenden Anfalls zur Aufnahme ins Krankenhaus. Die Haut ist überall stark gerötet, ödematös, heiß, abschuppend, trocken, nirgends besteht Nässen. Die Nägel an den beiden Händen sind verdickt und trübe, zum Teil mit Krusten bedeckt, die Fußnägel dagegen unversehrt.

Im Verlauf dieses Leidens, das mit zunehmendem Ödem und hochgradigem Kräfteverlust einherging, entstanden dann, zuerst am linken Arm, dann über grofse Gebiete des Körpers verbreitet, kleine, bis erbsengrofse, rotviolette, stark hervorspringende Knötchen, die etwa fünf Wochen unverändert fortbestehen, dann aber sehr rasch verschwinden. Der an weiteren interessanten Einzelheiten sehr reiche Fall endete schliefslich in Genesnng. Die Behandlung war eine wenig eingreifende; Arsenik wurde nur in geringen Mengen gegeben. Die histologische Untersuchung der sarkomatösen Knötchen erwies, dafs sie namentlich aus unregelmäfsigen Fasern von Spindelzellen zusammengesetzt waren; zwischen diese Fasern, die ein spärliches Bindegewebe verband, waren einzelne runde Zellen eingelagert. Die oberflächlich gelegenen Teile der Knötchen sind besonders reich an normalen Blutgefäfsen; hier stöfst man auch auf einzelne einander sich öffnende Hohlräume, die mit geronnenem Blut gefüllt sind. In der Hautsarkomatose erblickt Verfasser in diesem Falle nur eine zufällige Komplikation des Grundleidens.

1896. Heft 1.

I. **Über einen Fall von eccematiformem Ausschlag der Nase; Malaria als Ursache**, von L. Brocq. Der sehr interessante Fall betraf eine 40jährige Dame, die schon früher an einem hartnäckigen Ekzem der Hände gelitten hatte. Der Ausschlag safs auf der linken Seite der Nase und wies auf rotem, leicht geschwollenem Grunde 7—8 grofse, etwas nässende Papulo-Vesikel auf. Das Exanthem wollte keiner Behandlung weichen, bis B. durch folgende Eigentümlichkeiten auf seine wahre Natur hingelenkt wurde: Jeden zweiten Morgen zwischen 4—5 Uhr empfand Patientin in der Plaque Klopfen, Spannung und Brennen; dieselbe sah dann stark entzündet aus, und die Vesikeln näfsten sehr beträchtlich; im Laufe des Nachmittags verschwanden diese Zufälle wieder. — Weitere Nachforschungen ergaben, dafs Patientin schon früher an larvierten Formen der Intermittens gelitten hatte, und Chinin und Arsen thaten auch bei diesem Ekzem ihre Schuldigkeit — solange sie regelmäfsig genommen wurden. Nachlässigkeiten in der Befolgung der ärztlichen Verordnung rächten sich eine Zeitlang durch Rückfälle, bis auch diese letzteren schliefslich ausblieben. Die Form des beschriebenen Ausschlags war nach B. eine spezifische, hatte zwar mit dem Eccema nummulare die meiste Ähnlichkeit, verdient aber eine besondere Stellung als eine jener noch wenig gekannten Dermatosen der Malaria larvata.

II. **Über die Mastzellen**, von Audry-Toulouse. A. hat Mastzellen sowohl in der gesunden Haut der Neugeborenen, als auch bei allen möglichen Dermatosen gefunden. Er hat im ganzen 50 Präparate, die von den verschiedenartigsten Hauterkrankungen herrührten, untersucht und dabei 30 Mal ein positives Ergebnis gehabt; die Geschichte dieser 30 Präparate wird ausführlicher mitgeteilt. Als wissenschaftlicher Gewinn seiner Arbeit bezeichnet A. den auch von deutschen Autoren verfochtenen Satz, dafs den Mastzellen, die er „isoplastische“ nennt, eine spezifische Bedeutung nicht zukomme. Sehr inhaltreich sind aber auch die Angaben A.'s über Morphologie und Lokalisation der vielgenannten Zellen; über beides, über ihren Bau sowohl als über ihr Vorkommen an den verschiedenen Punkten des Gewebes teilt er interessante Einzelheiten mit, auf denen er alsdann seine Schlufssätze aufbaut. Alle Zellen, sagt er, die sich an der Zusammensetzung des normalen oder kranken Bindegewebes beteiligen, können die charakteristischen Färbeeigentümlichkeiten der Mastzellen aufweisen; es handelt sich dabei immer nur um eine chemische, nicht um eine morphologische Verschiedenheit, und diese chemische Veränderung erfahren die Zellen nur im Bindegewebe. Als Typus für alle Zellen, die dieser chemischen Veränderung unterliegen können, bezeichnet A. die Leukocyten. Er weist ferner darauf hin, dafs auch die Ranvierschen Klasmatocyten in mehr als Einem Punkte mit den

Mastzellen Ähnlichkeit haben, und verwertet diese Thatsachen zu Gunsten der Anschauung, dafs die zelligen Bestandteile des gesunden und entzündeten Bindegewebes von der Lymphe herstammen. — Der veränderte Chemismus der Mastzellen, auf den A. ihre Affinität für basische Farben zurückführt, bedeutet aber noch lange keinen regressiven Prozefs der Zellen; diese Veränderlichkeit fällt vielmehr in die physiologische Breite ihres Stoffwechsels.

III. **Ein typischer Fall von Gumma des Tractus ciliare**, von Ostwalt. Die Fälle von syphilitischer Neubildung auf der Iris und im Corpus ciliare sind nach Verfasser äufserst selten. Er konnte aus der gesamten Litteratur nur 29 derartige Fälle zusammenstellen. Von diesen scheidet O. 15 Fälle aus, in denen es sich nur um syphilitische Papeln handelte. Aber auch von den nachbleibenden 14 läfst er nur vier als solche gelten, in denen wirklich Gumma bestand. Das Vorkommen dieser Form syphilitischer Erkrankung des Corpus ciliare ist demnach ein äufserst seltenes. Hierdurch allein glaubt sich O. zur Veröffentlichung seines Falles schon berechtigt.

Es handelte sich dabei um einen 39jährigen Herrn, dessen Syphilis seit 14 Jahren (Ehe, drei Kinder) latent geblieben war. Ohne nachweisbare Ursache entstand eine Episcleritis dextra mit Trübung der Hornhaut und Bildung eines kleinen gelblichen Herdes am oberen äufseren Rande der Cornea. Diesem Punkte entsprach eine Proliferation in der vorderen Augenkammer. In den nächsten Tagen kamen noch zwei weitere Knötchen hinzu; alle drei hatten das Eigentümliche, dafs O. keine Gefäfse in ihnen entdecken konnte, was er als charakteristisch für Gummata anspricht. Die Behandlung, anfangs mit Sublimateinspritzungen, später mit Jodkalium, hatte einen günstigen Erfolg; Patient erlangte seine volle Sehschärfe wieder, während im allgemeinen 70% derartig erkrankter Augen endgültig zu Grunde gehen. Verfasser schreibt diesen glänzenden Erfolg dem Umstande zu, dafs er sich zu keinem chirurgischen Eingriff (Punktion, Iridektomie) verleiten liefs. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1896. Heft 1.

I. **Die Behandlung der varikösen Geschwüre mit Aloetinktur**, von Coffin. Die kleine Abhandlung enthält nur Angaben über die Technik des neuen Verfahrens; statistische Angaben sind nicht gemacht.

Für die Behandlung mit Aloetinktur eignen sich nur kleinere Geschwüre, bis zu Fünffrankstück-Gröfse. Diese werden erst sorgfältig gereinigt und desinfiziert und alsdann mit der Tinktur bestrichen. Nach ungefähr einer halben Stunde ist die Tinktur zu einer dünnen Schicht eingetrocknet. Das Geschwür wird dann mit einem Stückchen Guttaperchapapier bedeckt, darüber kommt eine Schicht Watte, worauf das ganze Bein regelrecht eingewickelt wird. Spürt der Patient keine weiteren Beschwerden, was meistens der Fall ist, so wird der Verband nach vier Tagen erneuert. — Das Verfahren ist nur im Anfang etwas schmerzhaft.

II. **Über Hautausschläge bei Hysterischen**, von Frèche-Bordeaux. Verfasser wirft einen kurzen Blick auf diejenigen Dermatosen, die auf hysterischer Grundlage entstehen können, und teilt einen Fall mit, in welchem der Ausschlag ein ekzematiformes Aussehen hatte. Bei einer 28jährigen Hysterica bildete sich unter plötzlichem Aussetzen der Regeln auf dem linken Vorderarme ein pustulöser Ausschlag. Der Vorderarm schwillt ödematös an und verliert fast überall seine Epidermis. Die Cutis sieht dunkelrot, etwas papillomatös aus und näfst sehr stark; der Arm ist schmerzhaft, namentlich in der Nacht. Dieser Zustand zog sich recht lange hin. Dazu gesellte sich vorübergehend über dem linken Fufsgelenk ein Ausschlag von roten Bläschen, der lebhaft an Pemphigus hystericus erinnerte. Nach ungefähr 1½ Jahren

stellte sich Heilung ein; nur auf der Hohlhand, die der Sitz zahlreicher Blasenbildung geworden war, stiefs sich die übelriechende, perlmutterglänzende Epidermis noch fortwährend ab.

Verfasser bezeichnet diesen Ausschlag als Dermatitis eccematiformis hysterica, verwahrt sich aber dagegen, dafs man ihn als Eccema auf hysterischer Grundlage betrachte. Dies würde nur dazu dienen, den Begriff des Ekzems noch mehr zu verwirren.

III. **Spastische Hemiplegie bei einem Kinde infolge ererbter Syphilis**, von Sorel-Toulouse. Die Patientin, um die es sich handelt, war 1875 von syphilitischen Eltern geboren. Bei dem gut entwickelten Kinde stellten sich mit zwei Jahren zuerst rechtsseitige Krämpfe mit Bewufstseinsverlust ein. Dieser Anfall wiederholte sich im nächsten Jahre, um dann immer häufiger zu werden. Diese Krämpfe hörten erst wieder auf, als das Kind 7½ Jahre alt war, liefsen aber neben Störungen der Intelligenz eine bedenkliche Kontraktur des rechten Beins zurück, so dafs vom zwölften Lebensjahre an Gehen und Stehen unmöglich wurden. Im Alter von 17 Jahren setzten häufige nächtliche epileptische Anfälle mit Bettnässen ein, die allmählich Idiotie herbeiführten, während auch die hemiplegischen Erscheinungen immer mehr zunahmen und die ganze rechte Körperhälfte betrafen.

Neben diesen, augenscheinlich durch die Syphilis verursachten Zerstörungen bestehen noch Gummata am rechten Femur, an der rechten und linken Tibia, die aber nach Jodkaliumgebrauch rasch verschwanden. Dieser Fall ist recht interessant, da Syphilis als Ursache der spastischen Hemiplegie der Kinder bis jetzt erst in vereinzelten Fällen beobachtet wurde.

IV. **Über eine noch nicht beobachtete parasitäre Neubildung auf der Zunge eines Neugeborenen**, von Porak-Paris. Es handelt sich um ein uneheliches, fast ausgetragenes, nur 1875 g wiegendes Kind, das von seiner Mutter genährt wurde. Am vierten Lebenstage bemerkte man auf der Zunge an zehn kleine, weifse Plaques, alle ziemlich nach hinten gerückt; sie safsen sehr fest auf dem Zungengewebe und wurden schliefslich abgeschabt; danach trat völlige Heilung ein. Porak hielt diese Plaques nach ihrem Aussehen für Epithelverdickungen, die Untersuchung zeigte aber, dafs es sich nur um eine parasitäre Neubildung handle.

Mikroskopisch fanden sich nur wenige Epithelzellen, dagegen reichlich Myceliumfäden und runde oder eiförmige Elemente von mindestens Erythrocyten-Gröfse. Die angelegten Kulturen lieferten fast ausschliefslich Hefekolonien. Eine Verwechselung mit den Kulturen von Aphten ist ausgeschlossen.

V. **Über die Impetigo der Kinder und ihre Behandlung mit dem Liquor Donovani**, von Saint-Philippe-Bordeaux. Der Verfasser unterscheidet zwei Formen von Impetigo; die eine ist ein lokalisierter, zufälliger, rasch vorübergehender Hautausschlag; bei der anderen dagegen ist die Impetigo der Ausdruck, das Symptom einer konstitutionellen Erkrankung; sie hat einen infektiösen Charakter, andere septische Keime nisten sich auf ihr ein; es erfolgt eine Resorption giftiger Produkte, und die impetiginösen Kinder gehen an Broncho-Pneumonie, an Meningitis, Enteritis, Nephritis zu Grunde. Bei der Sektion fand Verfasser mehrfach fettig entartete Leber, trübe Schwellung des Nieren-Parenchyms u. s. w.

In einer anderen Reihe von Fällen geben Verdauungsstörungen die Ursache der Impetigo ab, und man hat zuweilen durch Wechseln der Milch die günstigsten Erfolge. — Die Verdauungsstörung kann aber auch umgekehrt der Ausdruck einer konstitutionellen Erkrankung sein, und die Kinder gehen dann nicht selten unter zunehmenden Durchfällen zu Grunde. Man hat diese Form der Impetigo, die namentlich bei skrophulösen Individuen auftritt, mit Syphilis in Verbindung gebracht, und auch dem Ver-

fasser widerstrebt diese Annahme nicht; er liefs sich von ihr sogar für sein therapeutisches Handeln leiten und hat nach verschiedenen anderen Versuchen in dem Liquor Donovani ein Mittel gefunden, das bei den hartnäckigen Formen der Impetigo die vortrefflichsten Dienste leistet. Dieser Liquor hat ungefähr folgende Zusammensetzung:

Arsenici jodat.	0,2
Hydrarg. bijod.	0,4
Kalii jod.	3,0
Aq. dest.	120,0 (nach WALDENBURG-SIMON. D. Ref.)

Sein Arsen soll nach Meinung des Verfassers auf die roten Blutkörperchen, sein Jod auf die Drüsen, sein Quecksilber gegen etwaige Syphilis wirken. Bei Säuglingen wurden 1—5 Tropfen, bei älteren Kindern 5—15 Tropfen zweimal täglich gereicht. Unter dieser Behandlung liefs das lästige Brennen der Haut nach, die Krusten stiefsen sich ab, und der Zustand besserte sich bis zur völligen Heilung. Bedenkliche Nebenwirkungen kamen nicht vor. *Türkheim-Hamburg.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1895. III. Heft.

Zwischen dem **Rheumatismus, der Syphilis und den venerischen Krankheiten** fand GAMBERINI insofern gewisse Beziehungen (zumal bei Frauen), als bei ausgesprochenem chronischen Rheumatismus im Verlaufe einer sekundären Lues nicht selten ziemlich intensive Neuralgien im Kopf, Gesicht und den Gliedern vorherrschten. Im tertiären Stadium verschlimmerte ein gleichzeitig bestehender chronischer Rheumatismus gewöhnlich die schmerzhaften Erscheinungen im Periost, den Muskeln und der Haut, auf welch letzterer dann meist die schwer heilende, gangränöse Form der Rupia vorherrschte; andererseits wurden hier ganz besonders die inneren Organopathien (Gehirn, Leber, Lungen, Nieren, Cirkulation) beobachtet. Es wird übrigens öfters schwer zu entscheiden sein, welchem der beiden Leiden die verschiedenen Erscheinungen zuzuschreiben sind. Vom therapeutischen Standpunkte aus wird es dann wohl am angezeigtesten sein, zunächst eine antiluetische Behandlung einzuleiten; handelt es sich um sekundäre Lues, so wird diese den Quecksilberpräparaten weichen, während die rheumatischen Symptome fortbestehen; im tertiären Stadium der Syphilis aber werden beide Affektionen durch Jodpräparate günstig beeinflufst.

GENOVA berichtet **über einen Fall von Pyelonephritis blennorrhoica, Gumma der Stirngegend und Pachymeningitis purulenta**, welche Affektionen gleichzeitig bei einer 38jährigen Prostituierten aufgetreten und durch die Autopsie konstatiert worden waren.

Syphilis und Keratosis follicularis oder über einen Fall von Perifolliculitis atropho-pigmentosa bei einer kachektischen Frau mit frischer Syphilis, von TOMMASOLI. Bei der betreffenden Patientin, welche sich im Verlaufe ihrer zweiten Laktation ein Syphilom der Mamma mit schwerer Adenopathie zuzog, konstatierte T. eine Reihe von Efflorescenzen verschiedener Art, die er folgenderweise definiert:

1. Konische, trockene, hornartige, rosarote oder hellrote Erhabenheiten: typische Keratosis follicularis.

2. Dornartige, aus harter, horniger Substanz bestehende, in den Follikelmündungen steckende, beim Betasten das Gefühl eines Reibeisens gewährende und an Lichen corneus erinnernde Bildungen.

3. Perifollikuläre, lichenartige Papeln, dunkelrote, nicht aus Hornsubstanz bestehende Papeln, vom Aussehen eines Lichen syphiliticus oder Syphilis miliaris.

4. Torpide kleine Pusteln mit wenig Eiter im Zentrum, von langsamem Verlaufe

und auf den gröfseren der ebengenannten perifollikulären Papeln entstanden, an Acne specifica erinnernd.

5. Dunkelrote oder livide perifollikuläre Infiltrationsknötchen mit fest anhaftender Borke, nach deren Entfernung eine trockene Vertiefung zurückbleibt.

6. Den Follikelmündungen entsprechende Pigmentfleckchen in verschiedener Farbe (grau, schwärzlich, violettrot, blau, wie hämorrhagisch).

7. Trichterförmige, den Follikelmündungen entsprechende atrophische Herdchen.

Von diesen verschiedenen Arten von Efflorescenzen hatte nun offenbar die erste (Keratosis follicularis) mit der Syphilis nichts zu schaffen und bestand offenbar längst vor der spezifischen Infektion. Von den übrigen glaubt Verfasser, zum Teil auf Grund der histologischen Untersuchung, dafs sie auch nicht als direkte syphilitische Produkte anzusehen seien, sondern als sekundäre, auf dem Boden eines heruntergekommenen (durch Syphilis, Tuberkulose etc.) Organismus entstandene assozierte Hautaffektionen.

Clemente berichtet über einen Fall, der wahrscheinlich als **syphilitische Reinfektion** anzusprechen ist. Mit vollständiger Sicherheit konnte in Anbetracht der mangelhaften anamnestischen Anhaltspunkte die Diagnose nicht gestellt werden. Es handelte sich um einen 45jährigen Patienten, bei dem vor zehn Jahren durch einen Spezialisten eine sekundäre Lues erkannt worden war. Dieselbe Diagnose wurde dann später in Zeiträumen von ein bis drei Jahren noch mehrmals durch andere Ärzte gestellt, nachdem den Eruptionen einige Male Ulcera an der Glans vorausgegangen waren. Der Patient wurde jeweilen spezifisch behandelt und vollständig oder beinahe geheilt entlassen. Als ihn Verfasser sah, handelte es sich wieder um ein beinahe über den ganzen Körper verbreitetes papulöses Exanthem.

Beitrag zum Studium des Erythema nodosum, von L. Philippson. In Übereinstimmung mit dem klinischen Verlaufe der Hauterscheinungen beim Erythema nodosum ergab auch die histologische Untersuchung, dafs die Knoten das Bild einer gemeinen Entzündung aufweisen können. Die relativ lange Dauer der Affektion läfst sich aus den ziemlich schweren Gefäfsstörungen erklären, welche zum Austritt von Leukocyten und Plasma aus dem Blute führen. Was die Hämorrhagien anbelangt, welche sich in den Knoten konstatieren lassen, so rührten dieselben in dem einen der vom Verfasser untersuchten Fälle von einer Venenruptur, in den beiden anderen von Diapedese her, indem die histologischen Veränderungen bedeutend schwerer sind, als bei den anderen Erythemarten. Entgegen der allgemein verbreiteten Ansicht aber glaubt P. nicht, dafs die Hauterscheinungen beim Erythema nodosum als angioneurotische Störungen betrachtet werden dürfen, indem die bereits von Campana, Lewin, Unna nachgewiesene intensive, kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Gefäfse der Cutis und des Unterhautzellgewebes einerseits, die klinischen Merkmale andererseits für eine akute Entzündung sprechen. *C. Müller-Bern.*

Besprechungen.

Grundzüge einer allgemeinen Pathologie des Gefäfssystems, von S. M. Lukjanow. (Leipzig, Veit & Co. 1894.) Der Verfasser hat seinen an dieser Stelle vor zwei Jahren besprochenen „Grundzügen einer allgemeinen Pathologie der Zelle" ein wertvolles Gegenstück folgen lassen, welches in abgeschlossener Weise die allgemeine Pathologie des Gefäfssystems in der Form von Vorlesungen behandelt. Dieselben weisen dieselben Vorzüge einer grofsen Übersichtlichkeit und leichten Ver-

ständlichkeit trotz der gebotenen Knappheit des Raumes auf. Allerdings hat der Verfasser auf dem Felde der Gefäfspathologie eine Reihe klassischer Vorarbeiten — ich erinnere nur an die Werke von Cohnheim, v. Recklinghausen, Klebs — während eine Gesamtpathologie der Zelle von ihm in formaler Beziehung neu zu schaffen war. Aber das hier vorliegende Werk hat nicht nur den Vorzug, das neueste zu sein, in welchem man die Arbeiten des letzten Jahrzehntes über Gefäfspathologie berücksichtigt findet, sondern es besitzt durch Verwertung der eigenen Untersuchungen des Verfassers den Wert eines Originalwerkes. Durch zwei Umstände wird dasselbe aufserdem dem deutschen Leser noch besonders wertvoll, einmal durch vielfältige Berücksichtigung der praktischen Erfordernisse des Arztes, sodann wegen der umfassenden Herbeiziehung der uns fernerliegenden russischen Litteratur. Von Einzelheiten wollen wir nur erwähnen, dafs der Verfasser bei Besprechung der Pathologie des Ödems der mechanischen Erzeugung desselben durch Venostase volle Gerechtigkeit widerfahren läfst, obwohl ihn „eine grobmechanische Erklärung der betreffenden Erscheinungen" nicht befriedigt und er zur Ausfüllung der Erklärungslücken biologische Elemente, wie die Heidenhainsche Sekretionstheorie, herbeiziehen möchte. Uns erscheint es nicht wunderbar, dafs ihn die Theorie von der „passiven Hyperämie", wie sie hier vorgetragen wird, nicht ganz befriedigt, aber wir vermögen das Widerspruchsvolle in den betreffenden Versuchsresultaten nicht einzusehen. Das mechanische Moment ist hier in der That zu „grob" gefafst; an die Stelle der „passiven Hyperämie" mufs die „Inkoordination zwischen Blutzu- und abfluſs" gesetzt werden. Dann reihen sich auch die widersprechenden Resultate dem feiner gefafsten mechanischen Gesetze unter. (S. des Referenten Histopathologie.) *Unna.*

Die Arterien der menschlichen Haut, von W. Spalteholz. Dreizehn stereoskopische Tafeln. Nach Photographien eigener Präparate in Kupferdruck. (Leipzig, Veit & Co. 1895.) Dieser wertvolle Beitrag zur Anatomie der Haut dient zur Ergänzung des Werkes desselben Verfassers über die Verteilung der Blutgefäfse in der Haut und soll durch Betrachtung im Stereoskop die räumliche Auffassung des Gefäfsbaumes erleichtern. Die Aufnahme der Präparate geschah auf einer eigens zu diesem Zwecke konstruierten Wippe, welche es erlaubte, das bei der Aufnahme horizontal liegende Objekt um eine gleiche Anzahl von drei bis fünf Graden nach beiden Seiten um eine mittlere Achse zu drehen. Die gelbbraunen Töne der Präparate erforderten orthochromatische Platten und das Zettnowsche Lichtfilter in modifizierter Konstruktion, die verschiedene Dicke derselben oft eine lange (bis acht Stunden) Expositionszeit. Die Arterien waren mit Ultramarinleim injiziert und die Präparate zwischen grofsen Glasplatten in Kanadabalsam eingebettet; die Venen sind nicht injiziert und meistenteils unsichtbar. Die stereoskopische Wirkung ist am besten bei den dickeren Schnitten und erfordert eine nicht zu grelle Beleuchtung. *Unna.*

Die Geschichte der venerischen Krankheiten, von Proksch. Zweiter Teil. Neuzeit. (Bonn. 1895.) Wir haben seiner Zeit den ersten Teil dieses ausgezeichneten Werkes mit grofser Befriedigung angezeigt und können die damals geäufserte Prognose für den zweiten Teil, dafs nämlich die Belesenheit, Gründlichkeit und der Scharfsinn des Verfassers an dem weit reicheren Material der Syphilislehren der Neuzeit zu noch erfreulicheren Resultaten führen würden, jetzt nach der Lektüre des zweiten Teiles durchaus bestätigen. Allerdings sind wir durch die Mitteilungen aus den Schriftstellern vom Ende des 15. und Anfang des 16. Jahrhunderts in unserer von Proksch' Anschauungen abweichenden Ansicht hinsichtlich der Neuheit der Syphilis in damaliger Zeit nicht irre geworden; doch verweisen wir um so lieber den Leser auf das Buch selbst, um sich in dieser Frage ein Urteil zu bilden, als Proksch in durchaus unparteiischer Weise auch die damaligen Gegner der Altertumssyphilis zu Worte

kommen läfst, so den Diaz de Isla, den „Erfinder des Märchens vom amerikanischen Ursprung", welcher (pag. 101—106) in seinen Anschauungen über Kontagium, Prophylaxis und Therapie seine Zeitgenossen weit überragt und offenbar, ohne die Brille arabistischer Gelehrsamkeit, mit offenen Augen selbst beobachtete. Nur auf einen Punkt müssen wir näher eingehen, da er sehr ausführlich von Proksch als Analogiebeweis für das Vorhandensein der Altertumsyphilis herangezogen wird, das bekannte Vorkommen der Syphiloide (Frenga, Falkadine etc.). Natürlich ist es Proksch zuzugeben, dafs Ende des 15. Jahrhunderts auch viele andere Affektionen (analog wie bei den Syphiloiden) für Syphilis gehalten worden sind, welche es nicht waren und möglicherweise sogar Fälle von Lepra, obgleich gerade die Lepra zu allen Zeiten vom Volke recht gut diagnostiziert wurde und der schleichende Verlauf der Lepra mit dem damaligen stürmischen Verlaufe der Syphilis wohl am wenigsten Verwechselungen begünstigte. Aber wegen solcher falschen Diagnosen einfach die ganze Lepra des Mittelalters mit der Syphilis des 16. Jahrhunderts zu identifizieren (pag. 148), geht doch wohl nicht an. Es wäre das ein analoger Fehler, als wenn man den Croup der Kinder der fünfziger Jahre unseres Jahrhunderts mit der in den sechziger Jahren endemisch werdenden Diphtherie identifizieren wollte, weil beim Schwunde jener und beim Einzuge dieser Krankheit Verwechselungen beider („kontagiöse Croupfälle") häufig vorgekommen sein mögen. Wer den triumphierenden Einzug der seitdem endemischen Diphtherie bei uns zugleich mit dem Verschwinden des Croups selbst miterlebt hat, wird es für nicht unwissenschaftlich halten, anzunehmen, dafs die Syphilis Ende des 15. Jahrhunderts zuerst über Europa hereinbrach und die Lepra sich im selben Mafse zurückzog. Wir begleiten den Verfasser sodann mit stets erhöhtem Interesse durch die Autoren der Neuzeit, unter deren Händen die Symptome der Syphilis allmählich klare Gestalt gewannen und deren Höhepunkt in dem genialen Morgagni, dem Entdecker der Syphilis der Hirnarterien, und seinen objektiven Sektionsberichten Syphilitischer erreicht wird, — sodann in die Periode des wissenschaftlichen Rückschrittes, der sich an die fehlerhaften Versuche Hunters und die absurden Theorien Broussais's knüpft, und den Fortschritt in der Syphilislehre, trotz des Einspruches hervorragender Geister, wie Benj. Bell, ein halbes Jahrhundert zurückgehalten hat. Dieses Chaos unfruchtbarer Spekulation über die Anzahl und Natur der venerischen Gifte erreicht seinerseits in den drei Irrlehren ihren Höhepunkt: Es giebt kein Kontagium (Broussais), es giebt nur ein venerisches Gift (Hunter) und es giebt keine Eingeweidesyphilis (Hunter u. a.). Das vollständige Vergessen der schon seit Jahrhunderten gut bearbeiteten Eingeweidesyphilis kann sich Proksch nur durch „eine in der Geschichte der Medizin der Neuzeit beispiellose Massensuggestion" erklären. Dieser Verfall der Syphilislehre endet mit Ricord, an dessen nicht neue, aber umfassende und von glänzender Dialektik getragene Impfversuche sich die neue Zeit stetigen Fortschrittes in diesem Fache anschliefst. Mit diesem Geisteshelden schliefst das eigentliche Werk ab, wie es scheint, um den weniger bibliographischen als sachlich kritischen Werken über die neuere Syphilislitteratur, wie den bekannten Werken von Auspitz, Hirsch u. a. das weitere Feld zu überlassen; doch werden die meisten Leser die Darstellung der neuesten Phasen dieser Litteratur gerade aus Prokschs Feder ungern vermissen. Eine Art Ersatz hat der Verfasser geschaffen in biographischen und kurzen bibliographischen Notizen über diejenigen Autoren, welche mit und nach Ricord lebten und heute bereits gestorben sind. Und auch hier wird mancher unverdiente Lorbeerkranz unnachsichtig zerpflückt, z. B. bei Cazenave, Sigmund. Manche berühmte Syphilislehrer der Gegenwart werden daher froh sein können, dafs sie noch nicht zu den berühmten Toten gehören; denn hier heifst es nicht, wie gewöhnlich: de mortuis nil nisi bene. Weshalb aber in diesem Anhange

des Werkes gerade die interessantesten Schüler Ricords, wie Bassereau und Clerc, nur gelegentlich erwähnt und nicht biographisch bearbeitet wurden, ist nicht ersichtlich. Vielleicht fürchtete der Verfasser, dabei zu sehr in die sonst gemiedenen Kämpfe der Unitarier und Dualisten der Neuzeit hineinzugeraten; andererseits finden aber doch Auspitz, Bärensprung und Zeissl sen. eine sachgemäfse Darstellung. Hiermit sei das Werk jedem Syphilidologen aufs wärmste empfohlen; für den Geschichtsforscher der Medizin ist es unentbehrlich, für jeden Mediziner und Anthropologen von hohem Interesse. *Unna.*

Brown, Virchow, Helmholtz-Hertz: **Über die Beziehungen der Form und Funktion des Körperbetriebes und die neuesten Anschauungen über Blut und Blutbewegung**, von K. Schweizer. Eine initial-propädeutische Skizze. Mit einem Vorwort von F. Hüppe. (Frankfurt a. M. J. Alt. 1896.) Der Ruf nach einer Reform unseres gesamten ärztlichen Arbeitens, des ärztlichen Forschens, Denkens und Handelns, trifft immer vernehmlicher unser Ohr. Praktische Ärzte, welche über die inneren Ursachen des Rückganges im Ansehen des ärztlichen Standes grübeln und diese in unserer unpraktischen und unbiologischen Erziehung finden, hochangesehene Forscher, welche aus der phantastischen Schale der Naturheilkunde einen wertvollen Kern herauszuschälen wissen, philosophisch geschulte Ärzte, welche sich nicht davon überzeugen lassen, dafs durch die epochemachenden Entdeckungen der Bakteriologie unsere Anschauungen vom Kranksein bereits eine erhebliche Vertiefung erfahren haben, Naturkundige, welche der Schulmedizin prinzipiell feindlich gesinnt sind, alle vereinigen sich in dem Rufe nach einer Reform der Medizin auf biologischer Grundlage: Unser theoretisches Wissen, auf die Physik und Chemie toter Körper begründet, sei für die medizinische Kunst nutzloser Ballast, nur aus dem Leben könne man für das Leben lernen, eine neue medizinische Propädeutik müsse auf biologischen Beobachtungen und biologischen Grundsätzen aufgebaut werden. Kein Wunder, dafs Rindfleisch auf der Naturforscherversammlung zu Lübeck den Ritt in das romantische Land des Neo-Vitalismus wagen konnte; der Unzufriedenen scharen sich genug hinter ihm. Aber damit ist uns noch nicht gedient, dafs einer und wieder einer den Finger auf die Wunde legt; ein Anfang mit dieser Propädeutik mufs gemacht werden, ein berufener Arbeiter mufs aufstehen und uns — nicht an einem Eckchen, wie schon oft, sondern — im gesamten Bereiche unserer Wissenschaft diejenigen Beobachtungen aufzeigen, welche uns direkter als bisher dem Verständnisse des Lebens nahebringen, oder besser noch, er mufs solche Thatsachen neu entdecken und verwerten.

Das vorliegende Werk scheint einen solchen Berufenen zum Verfasser zu haben und Hüppe begleitet dessen Erstlingswerk mit einem von seiner Sympathie zeugenden Vorworte. Schon die dem Titel vorangesetzten Namen: Brown — Virchow — Helmholtz-Hertz zeugen in ihrer Verschmelzung von einem ganz ungewöhnlichen Gedankenfluge des Verfassers: der Vater der Reiztheorie in der praktischen Medizin und der der Cellularpathologie zusammen mit den Heroen des abstrakten, physikalisch-mathematischen Denkens. Entweder soll aus der Verschmelzung ihrer Lehren der Stein der Weisen herauskrystallisieren oder der Verfasser will mit denselben nur die bekanntesten Meilensteine auf dem langen Wege der Entwickelung richtiger biologischer Erkenntnis hervorheben. Wahrscheinlich wohl das letztere, denn im Grunde genommen wird von den Lehren dieser Meister nur je die Quintessenz, die letzte Abstraktion, benutzt, und dafs diese in der biologisch fundierten Medizin der Zukunft alle eine hochwichtige, unumgängliche Rolle spielen müssen, wird wohl von jedem Arzte blindlings zugegeben werden. Sicher hat der Verfasser recht, wenn er die mangelhafte Berücksichtigung des Gesetzes von der Konstanz und den Metamorphosen der Energie in der Physiologie und Pathologie der Zelle und des Organismus rügt, und wir folgen

ihm mit Vergnügen bei vielen seiner Schlufsfolgerungen über eine stattfindende Umwandlung kinetischer Energie in latente, und umgekehrt. Dafs der Verfasser die das All durchdringenden Gesetze der Energetik auch im lebendigen Protoplasma nicht nur gewahrt haben will, sondern bereits mit denselben zu rechnen versteht, macht uns erst geneigt, ihm auf seinen oft schwindeligen Erklärungspfaden zu folgen; keine Gletscherfahrt ohne Alpenstock, aber dieser allein bringt uns noch nicht auf die Höhen der Erkenntnis. Helmholtz-Hertz spielen also eigentlich nur die Rolle der Leuchttürme auf dunklem, unruhigem Meere; sie warnen uns vor Fehlschlüssen und bewahren uns vor dem Scheitern unserer Theorien. Von Virchow entlehnt der Verfasser ein Hauptstück seines Fundamentes: „die Zelle ist autonom; sie wird nicht ernährt, sie ernährt sich selbst". Die ursprünglich anatomisch gedachte Autonomie der Zellen wird hier zum letzten biologischen Grundsatz und harmoniert als solche in der That mit den modernsten Anschauungen mancher bedeutenden Physiologen. Übrigens ist der Verfasser weit entfernt, die intercellularen Substanzen von dieser Autonomie auszuschliefsen, und hebt andererseits ausdrücklich hervor, dafs der solide Fond der Cellularpathologie in viel höherem Grade auf die Gesamtwissenschaft befruchtend einwirken würde, wenn es gelänge, gesetzmäfsige Beziehungen herauszufinden zwischen der Form und Struktur, welche den theoretischen Forscher vornehmlich interessieren, und der Funktion, welche dem Praktiker als das wichtigste erscheint. Die biologisch fundierte Medizin der Zukunft hat es geradezu am wenigsten mit dem rein anatomischen, mikroskopisch erkennbaren Nebeneinander, sondern fast allein mit dem zeitlichen, nur selten zur direkten Beobachtung gelangenden Nacheinander der Elementarorganismen zu thun. Wenn uns also der Virchowsche Kompafs auch vielleicht schon direkt vor das ersehnte Land, die Heimat des Lebens, gebracht hat, die Landung gelingt uns auch hiermit noch nicht. Wenn der Verfasser nun schliefslich, zurückgreifend, bis zum alten Brown gelangt, so kann er von diesem mit höchst gesundem Menschenverstand begabten Praktiker doch nur den Glisson entlehnten Grundgedanken gebrauchen, dafs das Lebendige sich vom Toten durch die Thatsache der Reaktion auf gewisse Reize unterscheidet, und dafs daher umgekehrt vielleicht auf einer Folge solcher Reize Leben und Kranksein beruht. Gerade bei der Reiztheorie wird es so recht klar, wenn wir dieselbe in unsere Zeit herüberziehen, dafs, was uns zur Erklärung des Lebens immer noch fehlt, neue Beobachtungen und Thatsachen über die Ursachen dieser besonderen Art von Reaktionsfähigkeit des Lebendigen sind. Eine befriedigende Erklärung dessen, was Leben heifst, erlangen wir nie und nimmermehr durch den blofsen Hinweis darauf, dafs eine lebendige, komplexe Erscheinung die regelmäfsige Folge irgend eines Reizes ist, und wir werden eine solche These sogleich bei Gelegenheit der Rezension eines neuen diagnostisch-propädeutischen Werkes als einen gewaltigen Rückschritt zu rügen haben, der uns ganz in die Zeiten von Glisson zurückversetzen würde. Will jemand zwischen den mathematisch sicheren, kurzen Schritten der heutigen Physik und Chemie des Toten und den verwickelten, weittragenden Erscheinungen der Biologie vermitteln in der durchaus berechtigten Überzeugung, dafs schliefslich doch einmal die Lebensvorgänge sich auf bekannte Naturgesetze allgemeiner Art zurückführen lassen werden, so wird das nur dadurch geschehen können, dafs derselbe zwischen die Extreme, die sich nun einmal nicht direkt überbrücken lassen, solche Grundthatsachen einzuschieben versteht, welche zwanglos den Übergang zu vermitteln geeignet sind, indem sie die Mechanik des lebendigen Geschehens von irgend einer Seite zu veranschaulichen vermögen. Damit wird allerdings schon etwas Lebendiges in das erklärende Moment hineingetragen, aber wenn diese Thatsachen einfach, wenn unsere Gedankenschritte dabei kurz sind, so werden wir dennoch ruhig wie auf einer Reihe

von Steinblöcken den unfahrbaren Strom zwischen Totem und Lebendigem überspringen können. Denn wir „verstehen“ immer dasjenige, dessen mechanische Möglichkeit uns klar ist, auch wenn wir es nicht experimentell nacherzeugen, oder auch nur seine Notwendigkeit beweisen können.

Als eine solche Grundthatsache hat sich nun dem Verfasser die Chemotaxis ergeben; die belebte Materie reagiert nach ihm im allgemeinen auf alle ihr adäquaten Reize mit einer Energieentfaltung, welche als chemotaktische Anziehung in die Erscheinung tritt. Nicht nur Bakterien (Pfeffer) und Leukocyten (Leber), nicht nur ganz allgemein: pathologische Exsudate (Unna), sondern alle korpuskulären, flüssigen und gasförmigen Stoffe gravitieren nach den Gesetzen der für jede Zelle feststehenden chemotaktischen Skala um diese chemotaktischen Zentren. Wir können nicht leugnen, daſs diese Idee uns sehr kongenial anmutet, und daſs man mit wirklich erhöhtem Interesse dem Verfasser im Nachweise der wahrscheinlichen Ubiquität dieser echten „Lebenskraft“ folgt; jedenfalls ist die Thatsache der Chemotaxis schon ein recht breiter Felsblock in dem unfahrbaren Strome zwischen Totem und Lebendigem. Ja, so sehr Fleisch und Bein gewinnt diese Idee allmählich in den Ausführungen des Verfassers, daſs man sich unwillkürlich fragt, ob dem Entdecker der Chemotaxis nicht mit ebensoviel Recht als den anderen Entdeckern ein Ehrenplatz auf dem Titel hätte eingeräumt werden müssen. Brownscher Reiz und Brownsche Reizbarkeit gehen geradezu ohne Rest auf in chemotaktischer Affinität und chemotaktischer Energieentfaltung, und die Virchow'sche physiologische Autonomie entpuppt sich als ein nur durch chemotaktische Reize auslösbarer Energievorrat der Zelle. Sehr wahrscheinlich ist es, daſs die genannten Autoren im Geiste des Verfassers die Rolle auslösender Reize für Gedankenreihen gebildet haben, die ihn zu einem neuen und besseren Verständnis der Lebensvorgänge führten. Für den objektiv folgenden Leser sind es aber eigentlich nur zwei fundamentale Prinzipien, welche unter den vom Verfasser angedeuteten Gesichtspunkten zur biologischen Fundierung der Medizin der Zukunft dienen können, nämlich einerseits der kategorische Imperativ des Energiegesetzes, andererseits die eigentümliche „chemische Fernwirkung“, welche wir Chemotaxis nennen, welche, schon behaftet mit dem Index des Lebens in ihrer Wirkung, doch auch auf die tote Natur übergreift und daher die oben angedeutete Vermittlerrolle zu übernehmen wirklich geeignet ist.

Werfen wir jedoch nach Betrachtung des Rahmens, innerhalb dessen sich das interessante Werk bewegt, noch einen Blick auf die in demselben aufgehäufte Einzelarbeit, so haben wir mit aufrichtiger Bewunderung die Vielseitigkeit und stupende Belesenheit des Verfassers zu registrieren. Der arme Leser befindet sich auf der ganzen Strecke in einem Kreuzfeuer von alten und neuen Ideen und unerwarteten Beziehungen, so daſs man schon gegen Ende des Buches sich erschöpft, hypnotisiert und willenlos völlig dem kühnen und mit elastischem Schritte vorausstürmenden Führer überläſst. Diese Eigenheit des Buches entspricht offenbar dem Umstande, daſs es nur als vorläufige, gedrängte Mitteilung aus einem gröſseren Werke anzusehen ist, welches die hier in nuce gegebenen Ideen im einzelnen ausgearbeitet darlegen wird. Eine solche Detailarbeit ist aber auch ganz notwendig, wenn das kühne und aussichtsvolle Beginnen des Verfassers auf die Wissenschaft eine nachhaltige Wirkung ausüben soll. Wir möchten den Verfasser daran erinnern, daſs der pedantische Kurzschritt eines Darwin dazu gehörte, um die Resultate seiner Lebensarbeit mit einem Schlage der Welt aufzudrängen; der Pegasusflug giebt vielfältige Anregung, aber überzeugt nicht. In jedem einzelnen Kapitel, welches der Verfasser mit seiner Leuchte erhellen will, muſs der nacharbeitende Spezialist sofort merken, daſs er auf einen Fachmann gestoſsen ist, der sich nur vermöge seiner eminenten geistigen Elastizität über die Grenzen

des Faches zu erheben versteht. Der Verfasser muſs sich mit einem Worte als Universalspezialist erweisen, und wohl werden auch wir Dermatologen mit dem geschärften Blicke des geschulten Spezialisten s. Z. das vierte Kapitel des angekündigten, gröſseren Werkes zu studieren haben, welches die Epidermis, Cutis und das subkutane Gewebe im Lichte der neuen biologischen Erkenntnis darstellen soll. Nur wenn die Mehrzahl der neuen Ideen dem in die Praxis versenkten Spezialarbeiter wirklich neues Licht und neue Kraft bei seiner schweren Arbeit zuführt, wird der umfassende und für die Synthese so glücklich veranlagte Geist des Verfassers die groſse Genugthuung erleben, daſs sein Werk der zukünftigen Gestaltung der Medizin vorgearbeitet und ihre Grundlage geebnet hat. *Unna.*

Allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten, begründet auf pathologische Anatomie, von PHILIPPSON und TÖRÖK. (J. F. Bergmann, Wiesbaden 1895.) Wie die Verfasser in dem Vorworte angeben, soll dieses Buch als Einleitung zum Studium der Hautkrankheiten dienen, und sie sehen das Charakteristische dieser von ihnen geplanten „dermatologischen Propädeutik" im Vergleiche mit der Propädeutik anderer Spezialfächer in der hier allein zu behandelnden „direkten Beobachtung des pathologischen Prozesses". Gewiſs ist ein solches Unternehmen, besonders heutzutage, ein geradezu notwendiges, wo durch die Fortschritte der propädeutischen Wissenschaften, insbesondere der Bakteriologie und Histopathologie, die meisten der überlieferten klinischen Begriffe ins Wanken gekommen sind, und sicher sind die beiden Verfasser durch ihre bisherigen Leistungen, wenigstens was den kritischen Teil ihrer Aufgabe anbelangt, für ein solches Unternehmen ganz besonders veranlagt. Wer es versteht, das Auge des angehenden Dermatologen derartig zu schulen, daſs es sich in dem Wirrwarr der makroskopischen Erscheinungen nicht bloſs zurechtfindet, sondern zugleich Art und Form der mikroskopischen Veränderungen richtig auffaſst, hat für die Diagnostik, ja für die Therapie der Lokalaffektion Erhebliches geleistet. Ich nahm daher das Buch mit mehr als gewöhnlichem Interesse und mit der Hoffnung in die Hand, gerade hier diagnostisch und propädeutisch, als Kliniker und Lehrer allerlei Neues und Gutes zu lernen.

Der Stoff ist in zwei Abteilungen gebracht: in die Diagnose des pathologisch-anatomischen Prozesses in der Haut und die Diagnose der Krankheit. Im ersteren werden die allgemeinen pathologischen Begriffe diskutiert, wie Entzündung, Abschuppung, Eiterung, Blasenbildung, Geschwülste etc., es folgen sodann Bemerkungen über die anatomischen und physiologischen Eigenschaften der normalen Haut, und an die Besprechung der klinischen Erscheinung der pathologischen Prozesse auf der Haut an sich schlieſst sich ein Versuch, die Abhängigkeit vieler Eigenschaften der letzteren vom anatomischen Bau der Haut nachzuweisen. Der zweite Teil bespricht die Bedeutung des anatomischen Prozesses in der Haut für die ganze Krankheit bei den echten und bei den symptomatischen Hautkrankheiten, untersucht sodann den Verlauf des Prozesses in der Haut und den der Krankheit im allgemeinen, versucht das Gebiet der Hautkrankheiten zu umgrenzen und einzuteilen, und gipfelt schlieſslich in einer neuen Klassifikation derselben.

Wie diese kurze Kapitelübersicht zeigt, wird uns ein vollständiges System geboten, ein abgeschlossenes, eigenartiges Programm, in welcher Weise der heutige, gebildete, aber noch nicht dermatologisch geschulte Mediziner an das Studium der Dermatologie heranzugehen habe. Diese Propädeutik will sich nicht an jedes beliebige Lehrbuch der Dermatologie als Einleitung anschlieſsen, sondern steht sogar mit den meisten derselben in ausgesprochenem Widerspruch; sie bildet — etwa wie seiner Zeit AUSPITZ's „System" — die Einleitung oder den Entwurf zu einem neuen.

welches sich — wenn ausgeführt — vor den bisherigen durch Vertiefung der pathologisch-anatomischen Grundlage auszeichnen würde.

So interessant und wertvoll ein solches Unternehmen für den Fortschritt der Wissenschaft zu jeder Zeit ist, so muſs doch die lapidare Kürze Bedenken erregen, in welcher es hier vor uns tritt; auf 86 Seiten wird das ganze Programm entwickelt. Natürlich ist es unmöglich, innerhalb dieses geringen Umfanges für alle persönlichen Auffassungen der Verfasser gleichzeitig die von ihnen auf dem Titel betonte pathologisch-anatomische Grundlage zu geben. Ja, wenn eine solche allgemein anerkannte Grundlage zur Zeit existierte; aber gerade ihre Nichtexistenz treibt ja offenbar die Verfasser dazu, diese unangenehm empfundene Lücke auszufüllen. Wo es sich um die Motivierung ihrer neuen Ansichten im einzelnen handelt, müssen daher die Verfasser durch eingestreute, kurze anatomische Exkurse und Andeutungen die gerade hier zu wünschende, breite Grundlage ersetzen. Die naturgemäſse Folge davon ist, daſs der Anfänger, der einzige, für den die Kürze ein Vorteil wäre, den tieferen Sinn der Neuerung oft nicht versteht, der bereits geschulte Dermatologe dagegen das Aphorismenartige bedauert, die entsprechenden anatomischen Beweise und Litteraturnachweise vermiſst und zum Widerspruche gereizt wird. Eine so originale Leistung darf nicht nach dem Vorbilde elementarer Kompendien für Studenten sich in dem Mantel einer knappen, unfehlbar richtigen Deduktion gefallen; sie muſs, je nachhaltiger sie neu schaffen will, um so strenger induktiv verfahren. Anstatt die Lehre von den „Efflorescenzen“ in der Einleitung kurz abzuthun und darauf die allgemeinen Begriffe der Pathologie, allerdings unter gewissen für notwendig befundenen Modifikationen, auf die Symptome der Hautkrankheiten anzuwenden, wäre uns der umgekehrte Weg im Sinne der Autoren ratsamer erschienen: zunächst das Gros der überlieferten elementaren Läsionen und Symptome auf der kritischen Basis eingehender histologischer und physikalischer Studien zu analysieren und richtigere Begriffe an Stelle der alten zu setzen, ganz unbekümmert um die nur zum geringsten Teile von der Haut abstrahierten Lehren der heutigen allgemeinen Pathologie und deren eventuelle Anwendbarkeit auf die Haut. Der Weg, den die Autoren einschlugen, sieht besser aus, er erscheint als letzter Ausfluſs eines profunden Einblicks in die Natur der Hautkrankheiten; ich bezweifle aber, daſs der Anfänger von demselben allein den Weg zur Praxis findet, und daſs der geschulte Dermatologe sich demselben widerstandslos überlassen wird.

Um dieses Urteil näher zu begründen, muſs ich wenigstens einige Sätze der Verfasser herausgreifen. Der erste Stein des Anstoſses ist ihnen der Entzündungsbegriff; derselbe wird beseitigt und mit gehöriger Einschränkung auf das klinische Gebiet verwiesen. Sie verzweifeln daran, denselben pathologisch-anatomisch einfach definieren zu können, erwähnen aber auch nicht einmal die Bemühungen Anderer auf diesem Felde (Leber, Unna), welche gerade auf den neuesten Errungenschaften der Pathologie (Chemotaxis) fuſsen, und behaupten, dadurch zu besseren und einfacheren Erklärungen der Entzündungserscheinungen gelangt zu sein. Statt dessen substituieren sie als Erklärung für das Gros der Entzündungserscheinungen, nämlich für die „reaktiven Reizerscheinungen“ (pag. 6) eine „allgemeine, biologische Eigenschaft des Organismus, die Irritabilität“. Dieser ein Jahrhundert überspringende Rückschritt ist mehr kühn als neu. Mir erscheint er wie ein frommer Verzicht auf jede weitere Analyse der „reaktiven Reizerscheinungen“, und ich glaube kaum, daſs der Begriff der „allgemeinen Irritabilität“ dem Leser mehr Aufklärung verschaffen wird, als der alte Entzündungsbegriff. Aber noch weiter wird der neue Begriff der „reaktiven Reizung“ sogleich (pag. 7) einer unheilbaren Verwirrung zugeführt, indem die Verfasser denselben mit dem der Angioneurosen

identifizieren. Dieser kleinere Rückschritt, der nur ein Menschenalter überspringt und kurzerhand die Angioneurosen als selbständige Gruppe von Erscheinungen beseitigt, geschieht auch, „ohne auf letzteres Verhältnis, welches nicht hierher gehört, näher einzugehen". Mir scheint, dafs sich die Verfasser hier unbedachterweise in ein Wespennest gesetzt haben. Überhaupt herrscht gegenüber einer ketzerischen Sucht nach weiterer Analyse der Erscheinungen überall die Tendenz vor, die Grenzen des durch pathologisch-anatomische Untersuchungen in den Diagnosen Erreichbaren ein für allemal rechtgläubig fest und möglichst eng abzustecken. So lesen wir (pag. 27) den jeden Fortschritt auf diesem Wege hemmenden Satz: „Weder Sitz, noch Form der Blasen ist für einen pathologisch-anatomischen Prozefs charakteristisch" und (pag. 28): „Die Morphologie dieser Riesenzellen, das verdient besonders hervorgehoben zu werden, ist für keinen dieser Prozefse charakteristisch" und (pag. 58): „Bei den durch äufsere Agentien hervorgerufenen Läsionen und bei den symptomatischen Hautkrankheiten enthüllt auch die histologische Untersuchung der Hautveränderungen nichts für die Prozesse Charakteristisches". In dieser stolzen Bescheidenheit liegt also, wie man sieht, Methode. Aber wie gering ist das Resultat der (nicht mitgeteilten) anatomischen Studien der Verfasser, und wie mufs es den strebsamen Jünger der Wissenschaft von weiteren erfolglosen Bemühungen abschrecken, wenn er solche Sätze gleich anfangs eingeprägt bekommt. Und andererseits, wie unzureichend müssen die Untersuchungsmethoden der Verfasser sein, wenn es ihnen beispielsweise nicht gelingt, allein schon an der Form, Verbreitung und Geschichte der Riesenzellen eine tuberkulöse und eine syphilitische Affektion zu unterscheiden, an einer Fülle von konstantem, histologischem Detail das Zoster- von dem Ekzembläschen u. s. f. So geht es durch das ganze Büchlein weiter; man lese z. B. die Art, wie (pag. 62) die angebliche Identität der histologischen Befunde bei den erythematösen, urtikariellen, hämorrhagischen, ja bei allen desquamativen Prozessen kurzweg proklamiert wird. Ebenso erhaben, wie gegenüber den neueren Versuchen, zu einer scharfen, histologischen Differentialdiagnostik zu gelangen, verhalten sie sich auch gegenüber den neueren Forschungen über die sekundären Infektionen; sie kennen nur eine Infektion mit Eiterkokken (?) der Crusta lactea (pag. 41), sowie der Scabies (pag. 67); von ganz anderen und viel wichtigeren Kokkenbefunden wird nichts erwähnt; der Deus ex machina „Eitercoccus" deckt hier ein ganzes und hochwichtiges, aber leider fehlendes Kapitel der Diagnostik.

Bei dem bisher Erwähnten handelt es sich nur um Unterlassungssünden, um ein reaktionäres Verhalten gegenüber älteren und neueren fortschrittlichen Bestrebungen unserer Wissenschaft, welches uns vielleicht durch die Publikation eingehender Untersuchungen der Verfasser über dieselben Gegenstände demnächst motiviert und damit verständlicher wird. Sicherer aber läfst sich der Geist der vorliegenden Arbeit jetzt schon aus ihren positiven Versuchen erkennen, die klinische Erscheinung aus dem anatomischen Befunde physikalisch zu erklären. In dieser Richtung begegnen wir nämlich den sonderbarsten Aufstellungen, die mir wenigstens total unverständlich geblieben sind.

So die folgenden (pag. 32): „Die (mehr- oder weniger kurze) Befestigung (der Haut) an der Unterlage bedingt auch die Spannung der Haut, wodurch an den genannten Stellen (sc. Handteller; Fufssohle, behaarter Kopf) die Haut sich derber anfühlt." Soviel ich weifs, ist die Haut der Palma dauernd am wenigsten gespannt, indem sie der Unterlage ungespannt, polsterartig aufliegt. Die Art der Befestigung der Haut an den unterliegenden Organen bedingt wohl teilweise die Richtung der Spannung, aber nicht, wie die Muskelbewegungen, die Gröfse derselben, und nur die Gröfse dieser ist für die „Derbheit beim Anfühlen" verantwortlich, indem wir nur durch

straff gespannte Haut den Widerstand der tieferen Teile durchfühlen können. Pag. 39 heifst es: „Die Durchsichtigkeit (der Haut) kann dadurch verstärkt werden, dafs die Lichtstrahlen von dem in der Cutis befindlichen Körper reflektiert werden, wie bei lupöser, syphilitischer, lepröser Neubildung, bei kolloider Degeneration der Haut." Die Verfasser glauben also, dafs man die Transparenz einer Schicht dadurch erhöhen kann, dafs man dahinter einen stark reflektierenden Körper anbringt; sehr sonderbar. Dann müfste beispielsweise die Transparenz einer matten Glasscheibe zunehmen, wenn man hinter derselben einen Spiegel anbringt. Einer solchen, physikalisch unmöglichen Vorstellung bedarf es aber auch nicht, denn die Thatsache, welche die Verfasser erklären wollen, beruht nur in ihrer Phantasie. In Wirklichkeit ist es gerade umgekehrt; die gröfsere Durchsichtigkeit der lupösen und syphilitischen Haut beruht, wie überall in der Natur, darauf, dafs weniger weifses Licht reflektiert wird, als von der normalen Haut, und das Mikroskop erklärt diese physikalisch selbstverständliche Schlufsfolgerung durch den Nachweis, dafs an den durchsichtigeren Stellen das stark reflektierende fibröse Gewebe durch schwach reflektierende Zellenmassen ersetzt ist. Bei einer solchen Verkennung der einfachsten optischen Phänomene kann es dann nicht wunder nehmen, dafs die Verfasser die Hautfarbe (pag. 39) einfach als Farbe des Blutes definieren, ohne Rücksicht auf die sich beimischenden weifsen und gelben Komponenten der Hautfarbe, und dafs die Besprechung der Farbe bei den pathologischen Prozessen mit einem Kapitel von 11 (!) Zeilen abgemacht wird (pag. 54). Nach meiner Ansicht sollte in einer auf pathologische Anatomie gegründeten Propädeutik der Dermatologie das Kapitel: Farbe auf möglichst vielen ad hoc angestellten, histologischen und experimentell-physikalischen Untersuchungen ruhen und von allen Kapiteln den breitesten Raum einnehmen. Auf derselben Seite (pag. 54) wird die Konsistenz der pathologisch veränderten Haut erörtert und dabei folgendes gesagt: „Wir wissen ferner, dafs das Rhinosklerom trotz seiner grofsen Härte aus einem sehr weichen, zerfliefslichen Gewebe besteht, dafs Cysten so derb wie Tumoren durchzufühlen sind." Was soll der Schüler davon denken, wenn er belehrt wird, dafs eine Affektion, die von der auffallenden Härte ihren Namen erhalten hat, aus sehr weichem, zerfliefslichem Gewebe besteht? Mufs er nicht entweder an den Aussagen seiner Sinne, oder an denen der mikroskopischen Bilder irre werden? Wahrscheinlich wird er von der Mikroskopie sich abwenden und lieber seinen Sinnen trauen. Wie aber, wenn er erfährt, dafs das Rhinosklerom mikroskopisch wirklich den seiner klinischen Härte entsprechenden Grad von fibröser Entartung im mikroskopischen Bilde zeigt, und dafs die zerfliefslichen Partien nur hie und da in das fibröse Gewebe eingebettet sind, ohne wegen der harten Bedeckung zur klinischen Wahrnehmung zu gelangen? Er wird dann wahrscheinlich zu dem Schlusse kommen, dafs sein propädeutisches Lehrbuch von mikroskopischen Befunden nicht immer den richtigen Gebrauch zu machen versteht. So ist auch in dem zweiten Teile des oben citierten Satzes nirgends die Rede davon, dafs die tastbare Härte einer Cyste allein von der Spannung ihrer Wandung herrührt. Ein neues physikalisches Rätsel enthält der nächste Satz: „Gleiche Konsistenzdifferenz beobachten wir bei ödematösen und entzündlichen Prozessen, je nachdem sie mehr oberflächlich oder tief sitzen." Glauben die Verfasser, dafs sich ein physikalisch gebildeter Schüler hierbei etwas Richtiges denken kann? Er wird wahrscheinlich vermuten, dafs die Verfasser Spannungsdifferenzen beobachtet und als Lagedifferenzen gedeutet haben, und dieses um so mehr, wenn er an anderer Stelle liest, dafs die schwierige Wegdrückbarkeit und Elastizität des Ödems gewisser Hautaffektionen (vermutlich urtikarieller) auch auf topographische Umstände zurückgeführt werden (pag. 43), während er von anderer Seite erfährt, dafs ein Ödem nur dann elastisch ist, es sitze, wo es wolle, wenn die

Haut selbst noch ihre Elastizität bewahrt hat. Pag. 43 heifst es nämlich: „Es können (beim Ödem) einzelne Papillen oder Papillengruppen, oder die ganze Papillenschicht anschwellen und sich über das übrige Hautniveau erheben. Die Ödemflüssigkeit befindet sich in diesem Falle in einem fester gebauten, strafferen Gewebe, das Ödem ist daher elastischer und schwerer wegzudrücken." Es wird nicht direkt gesagt, dafs mit dieser Beschreibung u. a. die Urticariaquaddel gemeint sein soll; nur die Gegensätzlichkeit zu dem weiterhin beschriebenen teigigen Ödem „der tieferen Coriumschichten oder des subkutanen Gewebes" läfst darauf schliefsen. Wäre dem wirklich so, so läge hier ein elementarer histologischer Fehler vor; denn die urtikariellen, „über das übrige Hautniveau" emporragenden Ödeme sind durchaus nicht, wie es den Anschein hat, an den Papillarkörper gebunden. Sollten aber die Verfasser mit diesen anonymen Ödemen auch etwas anderes im Sinne haben, so zeugt doch die Angabe, dafs der Papillarkörper ein „fester gebautes, strafferes" Gewebe sei, speziell als die tieferen Coriumschichten, von ganz paradoxen Anschauungen über die Resistenz der verschiedenen Hautschichten. Auch die folgende Mitteilung über den Papillarkörper scheint mir eigentümlich mifsverständlich, wenn sie nicht wieder auf eine besondere, physikalisch unhaltbare Auffassung der Verfasser zu beziehen ist (pag. 20): „Die Papillen selbst sind in den Fällen, in welchen solche Blasen entstehen, gewöhnlich in hohem Grade angeschwollen, die interpapillären Zwischenräume mehr oder weniger verstrichen." Unter dem Verstreichen der letzteren versteht man gewöhnlich ein Seichterwerden bis zum Schwund, also dasjenige Phänomen, welches gerade die Abflachung der Papillen begleitet, während die Zwischenräume beim Anschwellen der Papillen enger und unter Umständen länger werden, aber als solche erhalten bleiben. Papillen und deren Zwischenräume (d. h. positiv gesprochen: die interpapillaren Epithelleisten) „verstreichen" gleichzeitig, wenn die papillentragende Fläche zur ebenen Fläche ausgeglichen wird. Ein, physikalisch und physiologisch betrachtet, grofses Wort sprechen die Verfasser auch aus in folgendem Satze: „Die Irritabilität (?) der Gefäfse ist aber keineswegs nur an den Schwankungen des Kalibers wahrzunehmen, sondern auch an der Durchlässigkeit derselben für eine gröfsere Menge von Serum, als für die Ernährung der Gewebe nötig ist" (pag. 40). Wozu haben Ludwig und Cohnheim sich überflüssigerweise abgemüht? Die „Irritabilität" der Gefäfse erklärt ja auf das leichteste jedes Ödem. Ebensowenig Kopfzerbrechen, wie die Entstehung des Ödems, macht den Verfassern auch die circinäre Ausbreitung desselben, und zwar erfährt man (pag. 49), dafs ganz dieselbe Ursache, nämlich die gleichmäfsige Ausbreitung des papillaren Gefäfsnetzes, die circinäre Ausbreitung, sowohl der verschiedenen Erythemformen und der Urticaria, wie der Psoriasis (!) und des Lichen planus bewirkt.

Ich habe die zuletzt genannten Beispiele anatomisch-physiologischer Erklärungen ausführlicher beleuchten zu müssen geglaubt, da das Hauptziel der Verfasser, eine bessere Fundierung der Diagnostik auf pathologisch-anatomische Befunde, vor allem ein vorsichtiges Abwägen aller bisherigen Erklärungen im Lichte feststehender physikalischer, anatomischer und physiologischer Thatsachen verlangt. Dagegen fand ich bei der Lektüre des Buches anstatt der gehofften neuen Aufschlüsse zu meiner Enttäuschung, dafs die Verfasser mit jenen elementaren Thatsachen selbst vielerwärts noch auf einem gespannten Fufse stehen.

Es hätte bei dieser unüberbrückbaren Grunddifferenz wenig Wert, ebenso ausführlich auf die pathologischen Anschauungen der Verfasser im einzelnen einzugehen. Indessen kann ich nicht unterlassen, wenigstens auf einige originelle Stellen hinzuweisen, welche mir zum Teil folgenschwere Irrtümer zu enthalten scheinen. Pag. 13 sollen die „Eiterorganismen", vermutlich die eitererregenden Staphylokokken, wenn sie in

das Epithel dringen, deren Zellleib verflüssigen und die Tingibilität der Kerne aufheben; bei der Impetigo staphylogenes ist hiervon nichts wahrzunehmen. Pag. 14 wird das Ecthyma als eine sich an die Impetigo „der abhängigen Teile des Körpers gewöhnlich anschließende" Erkrankung bezeichnet. Pag. 15 erscheinen beim Erysipel auf der Höhe der Affektion neben trüb gewordenen Zellkörpern bereits einzelne Mitosen der Bindegewebszellen. Pag. 14 treten wiederum schon im Anfang des Granulationsprozesses Mitosen der Bindegewebszellen hervor, und im Anschlusse daran erfahren wir (pag. 37): „Es ist ferner bekannt, daſs (der Papillarkörper) nicht die Fähigkeit hat sich zu regenerieren. Die bei Narben vorkommende Oberhautfelderung, resp. Oberflächenbildung der Cutis hat eine andere (?) Entwickelung." Es scheint mithin den Verfassern unbekannt geblieben zu sein, daſs im Beginn der Überhäutung per secundam intentionen eine oft geradezu groteske Entwickelung eines neuen Papillarkörpers statthat. — Bei der Kolliquation der Epithelien (pag. 21) soll das sichelförmige Kernchromatin zuerst einem blasenförmigen Gebilde aufsitzen, letzteres später verschwinden, worauf die Chromatinmasse zerbröckelt; vielleicht liegt hierin eine Ehrenrettung der zur Zeit bekanntlich meistens als artifizielles Schrumpfungsphänomen angesehenen sichelförmigen Kerne des Epithels. — Die ballonnierten Epithelien (Variola, Variolois, Zoster etc.) erhalten pag. 23 eine ganz neue Erklärung: „Manchmal geschieht es, daſs das Zentrum (?) eines Epithelkonglomerates (?) kolliquiert und bloſs die peripheren Zellen des interpapillären Raumes koagulieren. Es bildet sich so ein blasenförmiges Gebilde, in welchem zumeist Reste der kolliquierten Epithelien, deren Kerne und Wanderzellen Platz nehmen, so daſs das Ganze das Aussehen einer Sporencyste nachahmen kann"; zu dieser jedenfalls originellen Erklärung stimmt es allerdings nicht recht, daſs dieselben sporocystoiden Gebilde auch ohne alle Kolliquation vorkommen, sich mit Leichtigkeit aus Einzelepithelien herleiten lassen und ihr Inhalt aus facettierten, amitotisch geteilten Epithelkernen besteht. Eigentümlich macht sich in einem Buche, das den Fortschritt in unserer Wissenschaft inaugurieren will, auch folgende Stelle: „Zieht man aber in Betracht, daſs derartige, versprengte Keime (nach Cohnheims Vorgange) noch nicht nachgewiesen sind . ." Ehe gerade zwei Dermatologen einen solchen Anachronismus drucken lassen, thäten sie allerdings besser, vorher noch rasch einige Naevi von Neugeborenen zu untersuchen. Recht altertümlich wirkt auch die Rückführung der Komedonen auf „Proliferation des Haarapparates" bei der Pubertät, die Verfettung (!) und Verflüssigung (sic.!) des Zellprotoplasmas bei der Lepra u. a. m. Vorteilhaft heben sich dagegen aus dem Gros der aphoristischen Ausführungen diejenigen ab, welche von der Oberhautfelderung und ihren pathologischen Veränderungen handeln; hier kann auch mancher geschulte Dermatologe noch etwas lernen; sie bilden die Lichtseite des Buches. Doch im ganzen weht durch das Werk ein schwüler, bei dem Alter der Verfasser geradezu unheimlicher Hauch reaktionären Stillstandes. Die Leser dieses Blattes werden bei der nahen Beziehung, welche einst zwischen den Verfassern und dem Referenten bestanden, und dem Programmmäſsigen ihres vorliegenden Werkes verstehen, weshalb ich trotz der Enttäuschung in betreff seines Inhaltes dasselbe in ungewohnter Breite an dieser Stelle besprechen muſste; sie werden aber auch verstehen, daſs es mich andererseits mit einer eigenartigen Genugthuung erfüllen muſste, daſs die Verfasser in taktvoller Weise meinen Namen bei dieser ihrer Neuschöpfung geflissentlich aus dem Spiel gelassen haben. Damit es aber nicht den Anschein gewinne, als ob dieselben in jedem einzelnen Punkte der Histopathologie zu von den meinen abweichenden Ansichten gekommen wären, glaube ich, es dem Leser dieser Zeitschrift und denjenigen unter meinen Schülern, welche sich als solche empfinden, schuldig zu sein, auch auf einige Beispiele von Übereinstimmung hinzuweisen. So auf die Theorie von der direkten Epithelvergiftung bei den akuten Exanthemen

(pag. 9 und meine *Histopathologie*, pag. 623) von der Wichtigkeit der Grenzverschiebung zwischen Epithel und Cutis für die Entstehung gewisser Blasen, (pag. 20 und 23 und viele Stellen meiner *Histopathologie*), von der Einteilung der Blasen überhaupt in Exfoliations-, Verdrängungsblasen etc. Ob sie andererseits an einigen Orten ihrem Buche durch konsequente Negation meiner Lehren genützt haben, möchte ich dem Urteil des Lesers überlassen, z. B. mit dem vollständigen Ignorieren des seborrhoischen Ekzems (wo dann an den verschiedenen Orten eine mehr oder minder geschickte Umschreibung des Thatbestandes an die Stelle tritt; so pag. 56 an Stelle von Syphilis + Eccema seborrhoicum: „Bekannt sind die feuchten Ekzeme der Kinderköpfe, aber auch bei Erwachsenen kann es bei trockenem Ekzem, bei Syphilis (!) in dieser Region zur Bildung seröser Krusten kommen, während diese am übrigen Körper fehlen", sodann dem Aufgeben der Ulerythemgruppe, besonders aber dem völligen Fehlen des Diaskops. Eine Diagnostik der Hautkrankheiten wird so wenig auf das Diaskop verzichten können, wie eine Diagnostik der Brustorgane auf das Plessimeter. Eine intensive und extensive Beschäftigung der Verfasser mit diesem für die makroskopische Diagnose wichtigsten Instrumente würde den Wert ihres Buches sicher erhöht haben.

Fassen wir unser Urteil über das vorliegende Werk noch einmal in wenigen Worten zusammen, so ist hier ein hohes Ziel durch unzureichende propädeutische Studien in auffallender Weise verfehlt worden. *Unna.*

Topographisches über den Bacillus leprae, mit Demonstrationen mikroskopischer Präparate, von Paul Bergengrün. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1895. No. 47.) Als in den Jahren 1883/84 Unna seine Untersuchungen über die sog. Leprazellen und über die extracelluläre Lage der Leprabacillen veröffentlichte, wurde dadurch ein wahrer Sturm von gegenteiligen Ansichten entfesselt, bei dem es sogar an persönlichen Gehässigkeiten nicht fehlte. Unna fand im Verlaufe der 13 Jahre teilweise Unterstützung seiner Ansichten nur bei Leloir, Chassiotis und Kühne. Seit der Veröffentlichung der Untersuchungen des letzteren ruhte die Streitfrage vollkommen. Jetzt ist Bergengrün, vollkommen unabhängig von seinen Voruntersuchern, zu demselben Resultat gelangt; der Weg, den er einschlug, war ein anderer, als der, den Unna betreten. Um so wichtiger ist es, dafs das Endresultat dasselbe war. Bei der Wichtigkeit der Sache lassen wir die Schlufsfolgerungen des Verfassers hier wörtlich folgen:

„I. Die Leprabacillen liegen thatsächlich aufserhalb der Gewebszellen.

Es ist uns nicht gelungen, Gewebszellen und Bacillen, welche räumlich zu einander in naher Beziehung standen, gleichzeitig bei derselben Tubuseinstellung zu erblicken, wie das etwa bei Kern, Kernkörperchen und Kontur einer Zelle der Fall ist: man sieht, wenn die Mikrometerschraube in Ruhe ist, an einer Stelle des Gesichtsfeldes entweder Bacillen oder eine Zelle, aber nie an derselben Stelle beides zusammen. — Davon überzeugt man sich am leichtesten, wenn man sich ein sog. Ausstrichpräparat ansieht, welches aus frischem Gewebssaft eines Hautknotens vom Lebenden gewonnen wurde.

Das Ausstrichpräparat wird, wie das bei jeder Neuaufnahme im Rigaschen Leprosorium geschieht, so hergestellt, dafs die Epidermis leicht abgekratzt und die vortretende Lymphe mit einem Deckgläschen aufgetupft, auf demselben verdünnt, vorsichtig getrocknet und gefärbt wird. Von einer Zerstörung der Zellen und von mechanischem Herausdrücken der Bacillen aus denselben kann keine Rede sein. Diese Präparate zeigen deutlich intakte blaue Zellen und räumlich von ihnen ganz unabhängige freie Stäbchen, nie aber einen Bacillus intracellulär.

II. Die Leprabacillen befinden sich in den Lymphbahnen des Körpers, und zwar in jeder der für dieselben gewöhnlichen Gesellschaftsformen:

Sie treten nämlich auf: als grofse Bacillenhaufen, als Büschel oder Bacillenbündel, als isolierte Individuen.

Was nun die erste Form, die Haufen, anlangt, so hält man sie ziemlich allgemein für Zellen, die mit Stäbchen vollgepropft sind, und nennt sie Schollen, Globi oder Leprazellen.

Dafs es sich aber hier nicht um Zellen handeln kann, wird durch drei Thatsachen bewiesen.

1. Diesen Gebilden fehlt ein Kern. Ein solcher wird bei erwachsenen Zellen nur dann vermifst, wenn sie entweder verhornt sind, — dann haben sie stets Plattenform, — oder wenn sie im Zerfall begriffen, körnig degeneriert sind.

Beides trifft aber hier nicht zu: die Gestalt der Bacillenhaufen ist immer rundlich, kugelig, eiförmig, keulenartig oder bandartig, oft auch ganz unregelmäfsig mit Fortsätzen, welche in die verschiedensten Ebenen hinausstrahlen, in der abenteuerlichsten Weise versehen, wie das sonst bei Zellen nie vorkommt und man das hier sehen kann.

Trübungen im supponierten Zellleibe fehlen immer. Man hat die hellen Flecke, welche die fraglichen Gebilde oft, aber lange nicht immer enthalten, Kerne genannt. Das sind aber Vakuolen, bacillenlose, wahrscheinlich mit homogener Lymphflüssigkeit gefüllte Räume und keine etwa bläschenförmigen Kerne: denn sie nehmen nie Kernfärbungen an und lassen sich bei geeigneten Durchschnitten als deutliche Kanäle, oft als Halbrinnen, oder tiefe Einschnitte in die gefärbte Masse hinein erkennen.

2. Die Konturen dieser sog. „Leprazellen" lösen sich bei Anwendung stärkerer Vergröfserungen in eine Aneinanderlagerung von Bacillen oder deren Abkömmlingen auf.

Oft ist die Konturlinie eines solchen sog. Globus auch insofern eine nur scheinbare, als sich mit der Mikrometerschraube eine überraschende Verlängerung derselben nach einer Seite hin erzielen läfst, ein Umstand, der auch darauf hinweist, dafs das fragliche Gebilde verschiedene Ebenen durchsetzt und in einem Rohre liegt. Manchmal treten dann längliche Gruppen lose durch Zooglöa miteinander verbundener Stäbchen aus einem Kontur hervor, ein anderes Mal eine Schar freier Bacillen, welche alle, längs gestellt, dieselbe Verlaufsrichtung einschlagen.

3. Die in Rede stehenden Bacillenkonglomerate färben sich nur mit Bakterienfarben deutlich und verweigern die Annahme von Kern- und Protoplasmafarben.

Die fraglichen Gebilde sind unserer Ansicht nach, entsprechend der Unnaschen Auffassung, Thromben in dilatierten Lymphgefäfsen und bestehen aus Zooglöa, Bacillen, Bacillenresten und geronnener Lymphflüssigkeit. Für diese Annahme bieten unsere Präparate mannigfache Stützen dar:

a) Die roten Massen liegen zumeist in Hohlräumen, welche mit einem deutlichen Endothel ausgekleidet sind.

b) Die Mikrometerschraube zeigt an manchen, besonders deutlich an etwas dickeren Schnitten, dafs die eine Hohlwand des Rohres den quer oder schräg geschnittenen Thrombus beherbergt, diesem wie eine Kappe aufsitzt; diese wird nämlich durch die Schraubenbewegungen über der roten Scheibe, d. i. dem Thrombusquerschnitte, dergestalt hin- und herbewegt, dafs die letztere sich unter der umgebenden Kante versteckt und wieder hervortritt.

c) Andere Bilder lassen erkennen, dafs ein feineres, bacillenerfülltes Gefäfs in ein gröberes einmündet. Andererseits sieht man in einem weiteren Bilde den Durchschnitt eines ganzen Gefäfsbündels, woselbst drei endotheliale Schläuche von verschiedener

Gröfse nebeneinander verlaufen; ein jeder von ihnen beherbergt eins der grofsen rotgefärbten Gebilde, einen Bacillenthrombenschnitt.

d) Die von Neisser bei seinen mikroskopischen Lepraforschungen stets vermifsten Längsschnitte der Bacillenhaufen, die unsere Präparate in so grofser Menge aufweisen, stützen Gerichs und meine Anschauung, resp. die in Rede stehende Unnasche Lehre in kräftiger Weise. Sie zeigen uns wurstförmige, kettenartige, schmälere, in vielfacher Parallelzeichnung nebeneinander in glattem Bindegewebe verlaufende, oft die Drüsenacini korbgeflechtähnlich umspinnende, oder auch wie Haarwellen aussehende, oft mit kolbiger Auftreibung versehene Stränge und Bänder, man bemerkt da Schlängelungen, kurze und lange, breite und schmale Bogenformen, und erblicken deutliche Kniee. Ist ein solcher thrombosierter Schlauch gerade dort quer getroffen, wo er aus einer Richtung und Ebene in eine andere umbiegt, so sehen wir bei einer Tubuseinstellung eine Scheibe oder das Stück einer Kugel, und bei einer zweiten den in dieses sich fortsetzenden Längsthrombus. Ganz besonders deutlich in den haarwellenähnlichen Bacillenschnüren, da, wo bei einer kolbigen Auftreibung des Röhrchens ein Stück der Hohlwand fortgeschnitten ist.

Ferner sieht man längs getroffene, jüngere Thrombenstücke deutlich zwischen den anscheinend ganz normalen, aber auseinandergedrängten Bindegewebszellen ebenso, wie man das bei den vorerwähnten Bacillenschnüren sieht, ohne Beisein von Rundzellen; das bedeutet aber: nicht an Zellen, wohl aber an präexistierende Gewebsspalten gebunden finden sich die Bacillenthromben.

e) Das strahlen- oder strudel- und wirbelartige Auseinanderfahren vieler Reihen von Thrombendurchschnitten in vielen Schnitten, ausgehend von einem Mittelpunkt oder auch von mehreren Zentren, sowie auch die, die Richtung dieser Strahlen einhaltende und ihr entsprechende gekrümmte Form der Thromben weist darauf hin, dafs sie sich in präexistierenden Räumen befinden.

Die erwähnten vielgestaltigen, abenteuerlich geformten, oft kaktusartigen Gebilde glauben Gerich und ich als Ausgüsse varikös dilatierter, lymphangiektatischer Stellen des Saftstromgebietes deuten zu müssen.

f) Hier sieht man deutlich den Thrombus in einem gebogenen, an zwei Stellen vom Schnitt getroffenen Rohre liegen, dessen beide kreisförmige Querschnittflächen miteinander durch den grauschimmernden und mit einzelnen Bacillen von aufsen besetzten Mantel eines Lymphgefäfses verbunden sind, ähnlich wie das bei den Stollen eines Hufeisens der Fall ist.

Die zweite Konglomerationsform — Bacillenbündel und -büschel — die Übergangsform von dem isolierten zu dem thrombosierenden Auftreten des Bacillus leprae, zeigt mehrere, nahe bei einander liegende Individuen; diese lassen schon, wo nur vier oder fünf Stäbchen zusammenliegen, das Bestreben erkennen, sich zu einer runden, oft schon deutlichen Kreisform zu aggregieren. Die Neigung zur Bildung solcher Konfigurationen spricht ebenfalls für die Annahme der Unnaschen Lehre.

Die isolierten Bacillen endlich müssen sich in den strukturlosen Gewebsspalten befinden, den sog. Saftkanälchen, welche ja die Anfänge der Lymphbahnen repräsentieren, da, wie schon angeführt, der Nachweis nicht gelingt, dafs sie innerhalb der Zellen stecken; damit soll aber keineswegs gesagt sein, dafs ihre intracelluläre Lage ganz unmöglich ist, und man hat besonders im Epithel vereinzelte Stellen gefunden, wo diese Ausnahme deutlich konstatiert werden konnte.

Andererseits sieht man ganze, lange Ketten hintereinander gereihter Einzelbacillen, den perikapillären Räumen entsprechend, aber auch ohne diese, durch das Gewebe in das Papillarstratum und durch dieses in das oft sehr verdickte Epithel hineinziehen

Entsprechend dem oben Gesagten, ist die Anordnung der drei Gesellschaftsformen.

des Bacillus leprae, wenn auch vielfachen Sehwankungen unterworfen, doch im allgemeinen die, dafs die isolierten Bacillen, sowie die Büschelformen mehr im kräftig entwickelten, stark gefärbten, dicht gepflasterten Rundzellengewebe vorkommen, woselbst sie oft in unzähligen Mengen ausgesät erscheinen.

Ja, es kommt vor, dafs sie das Gewebe total verdrängen: man sieht dann in einem Gesichtsfelde mit der schwächsten Vergrößerung die eine Hälfte des Bildes blau (Rundzellen), die andere mit geflammten, zackigen Konturen rot (Bacillen) gefärbt; das Bacillenlager sendet Fortsätze tief ins Rundzellengewebe hinein.

Mehr zentral in den Grenzgebieten zwischen jugendlichem und älterem Lepragewebe, wo sich die Lymphräume mehr ausdehnen können, wo sich die Saftspalten schon zu Gefäfschen sammeln, kommen die Thromben und deren Durchschnitte zur Beobachtung. Im jungen Rundzellgewebe sieht man die Thromben viel seltener, ebenso auf der anderen Seite im schon solid gewordenen Narbengewebe. Im Epithel findet sich, wie auch im Perichondrium, der Bacillus leprae nur isoliert oder in Bündeln — selten erweitern sich die intercellulären Räume so gewaltig, wie man das in dem Präparate sieht, wo der Thrombus sich bis dicht ans Drüsenlumen heran zwischen die Epithelzellen eingedrängt hat." *P. Taenzer-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Beitrag zur Lehre von der artifiziellen Albuminurie, von Albert Seelig. (*Arch. f. Pathol. u. Pharmakol.* XXXIV. Bd. Heft 1 u. 2.) Die nach Thoraxkompression entstehende Albuminurie wurde auf Herabsetzung des Blutdruckes in den Nieren zurückgeführt, da dieser einerseits experimentell in der Karotis festgestellt, andererseits die Örtlichkeit der Eiweifsausscheidung, in den Glomerulis, dieselbe ist, wie bei den Senatorschen Versuchen mittelst kurzdauernder Nierenarterien-Ligaturen. Den Parallelismus mit den letztgenannten Versuchen wollte Verfasser jetzt mikroskopisch prüfen. Er fand nun den Nierenbefund nach Thoraxkompression von demjenigen nach Gefäfsligierungen in zwei Richtungen unterschieden: nach kurzdauernder Arterienunterbindung findet man deutliche Hyperämie in der Rindenschicht, nach Thoraxkompression Anämie, oder wenigstens keine Hyperämie. Nach ersterer findet man fast goldgelbe, grobkörnige Ausscheidungen, nach letzterer feinkörnige, ungefärbte. Gemeinsam ist in beiden Fällen nur der Ort der Eiweifsausscheidung. Weitere Versuche mittelst Injektion von indigschwefligsaurem Natron in die Blutbahn lehrten dann, dafs die Nieren sich nach Thoraxkompression ganz wie normale verhalten; in den mit feinkörnigem Eiweifs gefüllten Kapseln fand sich niemals Farbstoff, der in den Epithelien der Harnkanälchen deutlich nachzuweisen war. Nach diesen Untersuchungen stellen kurzdauernde Arterienligaturen einen schweren Eingriff in die Nieren dar, welcher bedeutende pathologische Störungen herbeiführt, während Thoraxkompression keine gröberen, jedenfalls aber schnell vorübergehende, innerhalb physiologischer Grenzen liegende Cirkulationsstörungen in der Niere bewirkt, deshalb auch allein zur experimentellen Erzeugung von Albuminurie verwendet werden darf.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Fortbestand von Eiweifs im Urin nach der Heilung von akuten epithelialen Nephritiden. (*Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* 1894. No. 9.) Dr. Bard

glaubt, daſs Eiweiſs selbst nach der Heilung einer akuten epithelialen Nephritis fortbestehen kann. Diese Albuminurie muſs man einer Beendigung der Entzündung durch epitheliale Benarbung zuschreiben. Diese stellt einen unvollkommenen Ersatz derjenigen Elemente dar, welche durch die entzündlichen Wucherungen beeinträchtigt waren. Eine solche Albuminurie kann man von der bei fortbestehender Nephritis sich zeigenden durch einige spezielle Eigenschaften unterscheiden und hauptsächlich durch das Fehlen der anderen pathologischen Erscheinungen, welche die eigentliche Nephritis begleiten. Übrigens ist vielfache Untersuchung und längere Beobachtungszeit zur Diagnose nötig. Hat man diese „Benarbungs-Albuminurie" erkannt, so denke man nicht daran, durch ein Arzeneimittel die Narben umzustimmen, gebe aber auch nicht zu harte Vorschriften; die Prophylaxis soll schon früher alle Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen. *Neuhaus-München.*

Bleibende Albuminurie und Glykosurie, begleitet von zahlreichen Hyalincylindern bei funktionellen Nervenkrankheiten, von Carter Gray. (Nach *Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* 1895. No. 5.) Aus seinen Analysen zieht Gray folgende Schlüsse:

1. Viele funktionelle Nervenleiden, und besonders die Neurasthenie, können regelmäſsig begleitet sein von Albuminurie, Glykosurie, einem Übermaſs von Harnsäure und oxalsaurem Kalk; manchmal findet man dabei ein Übermaſs von Harnstoff, Indikan und hyalinen Cylindern.

2. Diese Urinprodukte sind eher Resultate dieser Krankheiten, als deren Ursachen.

3. Wahrscheinlich sind die meisten dieser Fälle nicht als frühzeitige Nephritiden aufzufassen.

4. Es giebt möglicherweise im Urin verschiedene Formen von Eiweiſs. Ihre Feststellung wird eventuell einstens die Differentialdiagnose zwischen den Nephritiden und anderen Krankheiten sichern. *Neuhaus-München.*

Die Gegenwart von Eiweiſs und Cylindern im Urin von Fuſsballspielern, von Macfarlane. (Nach *Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* 1895. No. 7.) Man weiſs, daſs im Harne eines jeden ermüdeten Individuums Eiweiſs erscheinen kann. Verfasser hat nun viele junge, kräftige Leute untersucht, die kurz vorher eifrig dem Fuſsballspiel sich ergeben hatten; bei allen fand er im Harne Cylinder verschiedener Art. Es ist schwer zu erkennen, ob diese Resultate von der Eindickung des Blutes herrühren, die selbst wieder ihren Grund darin hat, daſs durch die Transpiration dem Blute ungewöhnlich viel Wasser entzogen wird. Fraglich ist weiter, ob die Wiederholung dieser renalen Störung nicht allmählich eine bleibende Nierenschädigung schaffen könnte. *Neuhaus-München.*

Über das Vorkommen von Cylindern im Harn ohne gleichzeitige Ausscheidung von Serumeiweiſs, von A. Kossler. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 14 u. 15.) Mehrere Autoren, Radomski, Daiber, Alber, haben Angaben über den Befund von Cylindern in eiweisfreiem Harn gemacht. Der Verfasser hat weitere Untersuchungen in dieser Richtung angestellt. Er fand Cylinder trotz Fehlens von Serumalbumin bei vorgeschrittener Tuberkulose, und zwar hyaline, granulierte, Epithelialcylinder und selbst echte Blutcylinder, ferner bei Endocarditis rheumatica, Scarlatina, Typhus, croupöser Pneumonie, Empyem, febriler Bronchitis, Phosphorvergiftung. Meistens bestand gleichzeitig eine Nukleoalbuminurie, ein Zusammentreffen, welches Verfasser für sehr beachtenswert hält. Er hält beides für renalen Ursprunges. In den Nieren fand sich nie ein entzündlicher Prozeſs, dagegen stets eine parenchymatöse, bezw. fettige Epitheldegeneration, die eine herdförmige Verbreitung zeigte. Mit der einfachen venösen Hyperämie der Nieren hat die Nukleoalbuminurie nichts zu thun.

Die diagnostische Bedeutung der Wertschätzung der Cylinder für das Bestehen einer Nephritis erfährt durch diese Befunde, die nur mit Anwendung der Zentrifuge erhoben werden konnten, durch diese Beobachtung natürlich eine Herabminderung,

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Peptonurie, von SENATOR. (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 23.) Die Ergebnisse der vom Vortragenden citierten Litteratur über die Peptonurie sind: Dieselbe tritt stets auf bei starken Eiteransammlungen im Körper (pyogene Peptonurie). Sodann giebt es eine hepatogene Peptonurie, besonders bei der akuten gelben Atrophie der Leber, eine enterogene, eine histogene bei Skorbut, bei schweren Vergiftungen eine puerperale, die physiologisch ist. Auch in der Gravidität bei toten Früchten und bei Geisteskranken soll Peptonurie vorkommen. Neuere Untersuchungen (KÜHNE, STADELMANN) lehrten nun aber, dafs es sich eigentlich stets um eine Albumosurie oder Propeptonurie handelt. Mit Hülfe der SALKOWSKIschen Probe hat SENATOR Untersuchungen über die Peptonurie angestellt. Diese Probe wird so ausgeführt: 50 ccm Harn werden mit Salzsäure und Phosphormolybdänsäure gefällt, der Niederschlag ausgewaschen, in Natronlauge gelöst, erwärmt und die Biuretprobe ausgeführt. Der Vortragende bestätigt nun, dafs echte Peptonurie nicht vorkommt, und dafs die Propeptonurie oder Albumosurie bei gewissen Krankheiten (croupöser Pneumonie kurz vor und nach der Krise, eiterige Meningitis, Peritonitis, Empyem, seltener bei Gelenkrheumatismus) regelmäfsig vorkommen und eine diagnostische Bedeutung haben. STADELMANN freut sich über die Bestätigung seiner Untersuchungen. Die Schwierigkeit, Harn sicher von jeder Spur Eiweifs zu befreien, führte früher zu einer abnorm grofsen Zahl positiver Befunde. Weitere Untersuchungen sind noch nötig.

SENATOR weist darauf hin, dafs er hauptsächlich auf die positiven Befunde bei eiweifsfreiem Harn Wert legt. Zur Eiweifsprüfung hat er die HELLERsche oder die fast zu empfindliche SPIEGLERsche Probe verwendet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Pentosurie, eine neue Anomalie des Stoffwechsels, von E. SALKOWSKI. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 12.) Vor drei Jahren hat Verfasser bereits im Verein mit JASTROWITZ in einem stark reduzierenden, die TROMMERsche Probe gebenden, aber nicht gärungsfähigen Harn eine Pentose gefunden, ein Kohlenhydrat mit fünf Atomen Kohlenstoff, deren Phenylhydrazinderivat (Phenylpentosazon) citronengelbe Nadeln mit dem Schmelzpunkte 159° darstellte. Dieses Phenylpentosazon ist nur in heifsem Wasser löslich; der betreffende Harn giebt die TOLLENSsche Reaktion auf Pentosen mit Phloroglucin und Salzsäure. Vor kurzem hat Verfasser zwei neue Fälle von Pentosurie untersucht; es würde zu weit führen, wollte ich die Untersuchungsmethoden hier ausführlich wiedergeben. Es fanden sich im Harn 0,1811 bis 0,335 % Pentosazon. Die Harne boten sonst nichts Besonderes. Der Ausfall der TROMMERschen Probe ist kein gleichmäfsiger, bald tritt nur Gelbfärbung ein, bald wird Oxydul deutlich ausgeschieden, wenn auch oft erst nachträglich. Beim Erhitzen mit FEHLINGscher Lösung wird der Harn erst grün, dann gelblich, zeigt starke Opalescenz. NYLANDERsche Probe giebt nach langem Kochen grauen Niederschlag. Gärungs- und Polarisationsprobe fallen negativ aus. Klinisch zeigten die mit Pentosurie behafteten Kranken keine eigentlich charakteristischen Erscheinungen; zu achten wäre auf Neurasthenie. In einem Falle bestand gleichzeitig Diabetes. Neun Diabetesfälle, auf Pentosurie untersucht, gaben einen negativen Befund; die Feststellung der Pentosurie in solchen Fällen erfolgt, nachdem man den Traubenzucker hat vergären lassen. Im Pancreas findet sich ein Nukleoproteid, durch dessen Spaltung Pentose entsteht, die mit der aus dem Urin gewonnenen identisch zu sein scheint. Man könnte sich die Pentosurie entstanden denken durch vermehrte Bildung oder durch verminderten Oxydationsvermögen des Organismus. Jedenfalls mahnt das Vorkommen der Pentosurie

zur Vorsicht beim Zuckernachweis, zumal mit Phenylhydracin. Man wird auch den Schmelzpunkt des entstehenden Osazons beachten und bedenken müssen, dafs dasselbe aus pentosehaltigem Urin erst beim Erkalten sich ausscheidet. Zum Schlusse streift der Verfasser die Frage nach der Bedeutung der Pentosurie bei Lebensversicherungsuntersuchungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

In seinen Untersuchungen **über die Urobilinurie beim Kinde** kam Giarre (*Lo Sperimentale*, 9. Mai 1895) zu folgenden Resultaten:

1. Bei den kleinen Kindern kommt unter physiologischen Verhältnissen kein Urobilin oder nur Spuren desselben im Harne vor.

2. Beim gesunden Neugeborenen und Säugling fehlt es ebenfalls, dagegen findet man nicht selten Sterkobilin in den Faeces künstlich ernährter Kinder.

3. Bei der Pneumonie der Säuglinge beobachtet man gewöhnlich eine geringgradige Urobilinurie, ohne dafs damit eine Zunahme des Sterkobilins in den Faeces verbunden wäre; in den letzteren geht oft mit der Polycholie eine Zunahme des Bilirubins einher.

4. Der Icterus der Neugeborenen wird gewöhnlich von keiner Urobilinurie begleitet.

5. Im Initial- und Terminalstadium des Icterus infolge von katarrhalischer Angiocolitis beim Kinde und Erwachsenen wird eine pathologische Urobilinurie beobachtet. Unter den Leberkrankheiten führen auch im Kindesalter diejenigen zu einer hochgradigen und langdauernden Urobilinurie, welche mit einer anhaltenden Stase der Galle verbunden sind (Herzfehlerleber, Cirrhose); die Urobilinurie fehlt hingegen in den Affektionen, welche eine ausgedehnte Degeneration der Leberzellen nach sich ziehen (Amyloidleber).

6. Bei den meisten Infektionskrankheiten des Kindesalters wird eine transitorische Urobilinurie beobachtet, und zwar ist diese am wenigsten ausgesprochen bei der Diphtherie, mäfsig bei Masern, Typhus und Tuberkulose, bedeutender bei Scarlatina, am stärksten bei der Pneumokokkeninfektion. *C. Müller-Bern.*

Loumeau und Peytoureau geben die ausführliche Krankengeschichte **eines Falles von Hämoglobinurie paroxystica (a frigore)**. Derselbe betrifft eine 41jährige Frau, deren Anamnese eine ganze Reihe pathologischer Zustände aufweist (Tuberkulose, akute Infektionskrankheiten, Rheumatismus, Malaria, Syphilis, Gemütserschütterungen). (*Progrès méd.* 1895. No. 22 und *Ann. d. l. Policl. d. Bordeaux.* Nov. 1895.) *C. Müller-Bern.*

Über die erfolgreiche Behandlung der Malaria-Hämaturie ohne Chinin berichtet N. L. Guice. (*Americ. med.-surg. Bull.* Septbr. 1894.) Da sich das Chinin bei der nur auf dem Boden der schwersten Kachexie meist neben Icterus auftretenden renalen Hämaturie als vollständig wirkungslos, wenn nicht geradezu gefährlich erwies (50% Mortalität), wandte sich G. folgender, von anderer Seite angegebenen Therapie zu, durch welche vier Fälle günstig beeinflufst wurden. Morphium subkutan. Grofse Dosen von Magnesia sulphurica (15,0) bis zur Erzielung reichlicher Harnentleerung. Aufserdem Oleum terebinthinum vierstündlich zehn Tropfen, am besten in Kapseln, bis zum vollständigen Schwinden des Blutes. Die Wirkung desselben kann durch hypodermatische Gaben von Ergotin unterstützt werden. Bei Erbrechen Terpentinliniment für die Lumbarregion. Während der Rekonvalescenz lange Zeit hindurch Eisen, Arsen und kleine Dosen Chinin. Kalomelgaben, wie sie von Usher angegeben wurden, hält G. für nicht angezeigt. *H. Einhorn-München.*

Verschiedenes.

Ägypten und seine Krankheiten, von J. Rabitsch-Bey. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No 50.) Aus diesem Aufsatze sei nur referiert, was der Verfasser über Haut- und exuelle Leiden mitteilt. Gar nicht beobachtet ist Acne rosacea, besonders häufig Eccema caloricum, Furunkel, Anthrax. Morbilli und Variola kommen nur sporadisch Scharlach gar nicht vor. Prurigo ab eccemate und Elephantiasis sind häufig; erstere heilt bei Übersiedelung in ein kühleres Klima spontan. Ungemein selten ist Scabies, Herpes tonsurans, gar nicht bekannt Favus. Pityriasis versicolor nur bei Eingewanderten vorhanden, Psoriasis überhaupt nicht. Ichthyosis wurde bei zwei jungen Negern gesehen. Lupus, besonders in serpiginöser Form, ist bei Einwohnern nicht selten. Blennorrhoe ist durchaus nicht häufig, verläuft sehr milde und heilt spontan. Mehr sieht man Ulcera mollia, dabei ziemlich selten Bubonen. Die Syphilis sucht viele Araber heim; fast an die Hälfte der Geschwüre schließt sich Syphilis an.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Erkrankungen der Prostituierten auf dem Jahrmarkt in Nishny-Novgorod nach den Daten des Jahrmarktshospitals für Weiber, von Bednensky. Der Autor beschreibt das Hospital und weist auf dessen Unzulänglichkeit hin im Verhältnis zu der stets wachsenden Zahl der Prostituierten. Die Zahl der Luetiker wächst. 1890 waren 23, 1893: 149, (1894 aber nur 79). Das Verhältnis der Syphilitischen zur Zahl der Prostituierten beträgt 1890: 3,47%, 1893: 13,43%, 1894: 9,96%. Die größte Zahl hatte lokale Erscheinungen (an den Genitalien und im Rachen) und verblieb im Hospital, solange die Erscheinungen vorhielten, worauf sie aus Mangel an Platz entlassen werden mußte. Ulcus molle bestand in 2—5,8% von der gesamten Anzahl der Prostituierten. Urethritis acuta und chronica (Exacerbationen) in 7—9%. (*Ans. d. Hyg., gerichtl. u. prakt. Med.*) *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Nosophen, Antinosin und Eudoxin. Aus einem uns vorliegenden Cirkular ersehen wir, daß die Preise obiger Präparate um 25 % ermäßigt worden sind. Der steigende Absatz der Präparate hat es ermöglicht, die Produktion wesentlich zu erhöhen und dadurch zu verbilligern. Außerdem konnte die Darstellung bedeutend vereinfacht und verbessert werden, wodurch eine ins Gewicht fallende Materialersparnis sich ergab. Es ist zu erwarten, daß unter diesen Umständen der Preis kein Hindernis mehr für die allgemeine Einführung bilden und den Präparaten ein weiteres Feld erschlossen werden wird.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXII. No. 9. 1. Mai 1896.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Beitrag zur Pathologie der Erfrierung.

Von

Dr. Menahem Hodara,
kaiserlich türkischem Marinearzt aus Konstantinopel.

(Mit Tafel VI u. VII.)

Seit v. Recklinghausen in einem Falle von gangränöser Erfrierung der unteren Extremitäten[1] hyaline Gefäfsthromben entdeckt hat, wurde das Interesse für die Pathologie der Erfrierung neu belebt, und weitere Untersuchungen haben die wichtigen Angaben von v. Recklinghausen bestätigt. Kriege[2] erzeugte durch Ätherzerstäubungen künstliche Erfrierung an Kaninchenohren und stiefs bei der 24 Stunden später vorgenommenen histologischen Untersuchung auf die nämlichen hyalinen Gefäfsthromben. Ich werde später Gelegenheit haben, eingehender auf die Angaben von v. Recklinghausen und auf die vorzügliche Arbeit von Kriege zurückzukommen.

Auf Anraten meines verehrten Lehrers Unna bin ich nun an die histologische Untersuchung des Erfrierungszustandes herangetreten. Ich habe im ganzen fünf Stücke von zwei Fällen von zum Teil gangränöser Erfrierung der Unterextremitäten untersucht. Auch habe ich den Versuch von Kriege wiederholt und Kaninchenohren durch Ätherspray künstlich zum Erfrieren gebracht. Der Güte des Herrn Dr. Unna verdanke ich die fünf Hautstücke, die von den zwei Fällen von Erfrierung stammen. Im ersteren Falle handelte es sich um einen Kapitän, der infolge starker Kälte sich eine hochgradige Erfrierung des Fufses und zum Teil auch des Unterschenkels zugezogen hatte. Es war bereits Gangrän eingetreten, so dafs das Bein amputiert werden mufste. Mir wurden von diesem Falle vier Stücke, die sorgfältig aus verschiedenen Stellen ausgewählt waren, zur Verfügung gestellt. Zwei Stücke waren den ganz gangränösen Teilen

[1] v. Recklinghausen. *Allg. Pathol.* pag. 348.
[2] *Virch. Arch.* Bd. 116. pag. 64.

entnommen, ein anderes stammte aus der Demarkationslinie, war zum Teil brandig, zum Teil mit Epidermis bedeckt; und das letzte Stück endlich rührte von einer Gegend her, an der nur noch Erfrierungserythem bestand, die Epidermis aber völlig unversehrt war. In dem zweiten Falle von Erfrierung bestanden ähnliche Verhältnisse; von diesem Falle erhielt ich nur ein Stück aus der Grenze des erfrorenen Gewebes; es bestand zum gröfsten Teile aus Brandschorf und war nur an einer kleinen Stelle mit Epidermis bedeckt. In beiden Fällen waren die erfrorenen Teile nicht schon früher Sitz von Frostbeulen gewesen, vielmehr war das völlig gesunde Gewebe durch die unmittelbare Kälteeinwirkung erfroren, und der histologische Befund, von dem die Rede sein wird, darf nicht auf chronischen Frost bezogen werden. Ich betone dies ganz besonders, da ja bekanntlich die hervorragendsten Dermatologen, wie Kaposi, Neumann, Vidal und Leloir u. s. w. u. s. w., die durch den chronischen Frost bewirkten Veränderungen mit denen der akuten Erfrierung identifizieren und im nämlichen Kapitel abhandeln. Sie betrachten den „Frost" als das erste der drei Stadien der Erfrierung (Stadium erythematosum, bullosum, gangraenosum). Nur drei bedeutende Dermatologen, Unna und Besnier und Doyon, teilen diese Ansicht nicht. Ersterer namentlich unterscheidet sehr scharf und äufsert sich in seinem *Lehrbuch der Histopathologie* pag. 20: „Keinesfalls ist die Frostbeule eine Erfrierung der Haut, und die Perniosis wird mit Unrecht bisher überall bei der Erfrierung abgehandelt. Ihr Platz ist bei den „Angioneurosen", worunter wir solche Cirkulationsstörungen zu verstehen haben, die sich durch eine abnorm starke, muskuläre Reizbarkeit der Hautgefäfse auszeichnen."

Besnier und Doyon drücken sich folgendermafsen aus: „Die Frostbeulen sind nicht nur dem Namen nach, sondern auch wirklich eine Art Erfrierung, aber doch dürfen sie nicht bei dieser letzteren Form abgehandelt werden. Sie bilden vielmehr eine Varietät des Erythema multiforme, dessen papulöser Form sie bisweilen als Erythema papulosum Pernio völlig gleichen; auch in der Form irisierender Scheiben (Disques irisés) als einer Varietät des Erythema Hydroa trifft man sie ab und zu. Sie entstehen zweifelsohne im Winter und unter der Einwirkung der Kälte, aber ihr Hauptsymptom bleibt immer das Erythem, und es ist gar kein Grund, sie von dieser Gruppe, zu der sie rechtmäfsig gehören, zu trennen; nenne man sie Frost-Erythem, aber nenne man sie Erythem."[3]

Auch Unna macht die Kälte für die passive Hyperämie bei den Pernionen verantwortlich, aber nach ihm besitzen die mit Frostbeulen behafteten Hände und Füfse auch in der Hitze eine abnorme Gefäfsspannung; der Tonus der Gefäfswände sei verhältnismäfsig stärker, und daher besitzen

[3] Besnier und Doyon. Übersetzung von Kaposi.

die an Pernionen leidenden Personen eine bläuliche, krankhafte Verfärbung, eine kalte, feuchte Haut und eine Neigung zu roter Fleckenbildung. Kurz, UNNA unterscheidet sehr scharf zwischen der Einwirkung der Kälte auf ein angioneurotisches Gebiet (Perniosis) und derjenigen auf eine gesunde Stelle (Erfrierung im eigentlichen Sinne).

Wie wir später sehen werden, zeigt uns die histologische Untersuchung der Erfrierung bei Tier und Mensch, soweit sie durch die unmittelbare Einwirkung der Kälte auf die gesunde Haut zu stande gekommen ist, so wichtige und charakteristische Veränderungen, daſs man in der Folge gut thun wird, sie mit denen bei den Pernionen zu vergleichen; es wird dann wohl möglich sein, sich ein Urteil darüber zu bilden, ob diese beiden pathologischen Zustände zusammengehören oder voneinander zu trennen sind.

Bei meinen Untersuchungen der verschiedenen Gewebe habe ich mich nun der folgenden, von UNNA eingeführten Methoden bedient.

Für die Untersuchung des Protaplasmas und der zelligen Elemente wurden die Schnitte zwölf Stunden in Methylenblau polychromicum gefärbt, in Wasser gewaschen, mit Löschpapier getrocknet, in einer Lösung von Alcohol absolut. und Xylol zu gleichen Teilen eine Minute entwässert, in Xylol vom Alkohol befreit und dann langsam (1—2 Tage) in der Anilin-Alaun-Mischung entfärbt, dann in reines Anilin und zuletzt wieder in Xylol gebracht, — oder die Schnitte wurden 2, 5—10 Minuten lang in Methylenblau gefärbt, in Wasser gewaschen, zwei Minuten lang in zur Hälfte mit Wasser verdünnter Glycerinäther-Mischung entfärbt, in absolutem Alkohol entwässert und in Bergamottöl aufgehellt.

Für die Untersuchung des kollagenen Gewebes und des Präparats im ganzen wurde 5—10 Minuten lang in Methylenblau gefärbt, in Wasser gewaschen, 20 Minuten lang in einer Lösung von Orcein 1,0: Alcohol absolut. 100,0 entfärbt, alsdann mit absolutem Alkohol und Bergamottöl nachbehandelt.

Für die Untersuchung des elastischen Gewebes wurde der Schnitt in ein kleines Porzellanschälchen gelegt, das zur Hälfte mit folgender Lösung gefüllt war: Orcein, Acid. muriat. ā 1,0, Alcohol absolut. 98,0. Nun wurde etwa 10 Minuten lang über einer Spiritusflamme erhitzt, bis die Flüssigkeit fast ganz verdunstet war, alsdann in einer Lösung von Acid. muriat. 1,0: Alcohol absolut. 100,0 eine Minute lang entfärbt und in 80%igem Alkohol bis zur völligen Klarheit gewaschen; man kann dann noch mit Methylenblau färben und mit absolutem Alkohol wieder entfärben.

Für die Untersuchung des Hyalins in den Gefäſsen und Geweben wurde 1. mit Methylenblau 10 Minuten lang gefärbt, dann in Wasser gewaschen, in einer konzentrierten Tanninlösung entfärbt, der

etwas Säurefuchsin (eine nach UNNAS Angabe hergestellte Lösung, die bei Grübler in Leipzig zu haben ist) zugesetzt ist, in Wasser, das mit einem Tropfen Acidum muriaticum angesäuert ist, gewaschen, in absolutem Alkohol entwässert und schliefslich mit Bergamottöl aufgehellt.[4]

2. kam das WEIGERTsche Verfahren zur Anwendung: Gentiana-Violett-Anilin; Fixation mit der GRAMschen Jod-Lösung; Entfärbung mit Anilin und Xylol a.

3. wurde dies nämliche Verfahren mit geringen Abänderungen benutzt: Färbung mit Gentiana-Violett-Anilin, Fixation mit folgender von UNNA angegebenen Lösung: Eosin 0,2, Jod 0,5, Kalii jod. 5,0, Aqua 95,0; Entfärbung in Anilin; Xylol, Kanada-Balsam.

Die histologische Untersuchung der Stücke aus der erythematösen Zone der Erfrierung zeigt die ersten Veränderungen der eigentlichen Erfrierung. Das ganze Gefäfssystem von der Spitze der Papillen bis zur Subcutis ist ungeheuer erweitert. Überall besteht hier beträchtliches Ödem, und an verschiedenen Punkten der Cutis und Subcutis stöfst man auf Gerinnungen faserigen und körnigen Fibrins, die das kollagene Gewebe getrennt und zerrissen haben. Alle Gefäfse — mit Ausnahme der Kapillaren des Papillarkörpers — sind von einer dichten Zellschicht umgeben, die sich fast ausschliefslich aus Lymphkörperchen und den verschiedenen Übergangsformen der einkernigen Leukocyten zusammensetzt. Diese perivaskuläre Infiltration ist namentlich an den subkutanen Gefäfsen und an denen, die in den tiefern Schichten der Cutis gelagert sind, sehr ausgesprochen, weniger dagegen bei denen in dem oberen Teil der Cutis. In dem intervaskulären Gebiete befinden sich nur, zerstreut liegend, einzelne Lymphocyten; jedoch sind einzelne Knäueldrüsen von kleinen lymphocytären Herden umgeben. Von den vielkernigen Leukocyten sind in dem Gewebe nur wenige vorhanden.

Einer proliferierenden Entzündung sind auch die Bindegewebszellen anheimgefallen. In sämtlichen Geweben sind sie mäfsig proliferiert und hypertrophiert. Ihre Kerne sind geschwollen und abgerundet, ihr hypertrophiertes Protoplasma besteht aus einem grofsen spongiösen Netz mit langen, ganz unregelmäfsigen Ausläufern. Kurz, es besteht eine richtige beginnende Entzündung.

Am wichtigsten aber sind die Veränderungen des Blutes. In den subkutanen Gefäfsen und denen der unteren Lagen der Cutis beobachtet man eine nicht unbedeutende Stauung der weifsen Blutkörperchen; diese Stauung ist in dem subpapillaren Gefäfsplexus und in den Kapillaren

[4] Will man bei diesem Verfahren besonders schöne Präparate erhalten, so mufs man die Schnitte, nachdem man sie schon in Bergamottöl aufgehellt hat, nochmals in absoluten Alkohol und wieder in Bergamottöl zurücklegen, wobei sie noch viel überschüssige Farbe abgeben.

des Papillarkörpers viel geringfügiger. Einzelne Leukocyten sind in den Gefäfsen homogenisiert, glänzend und in hyaline Körper von verschiedener Gröfse umgewandelt; meistens sind sie auch abgerundet und stehen allein. Zuweilen fliefsen sie aber auch zu unregelmäfsigen Formen zusammen und bilden dann kugelförmige oder netzförmige, grobe und homogene hyaline Thromben, die sich mit Gentiana-Violett nach WEIGERT sehr stark färben. Mit Methylenblau-Tannin-Säurefuchsin nach UNNA erkennt man diese Umwandlung der Leukocyten in hyaline Körper auf das allerdeutlichste. Denn die Kerne der normalen Leukocyten sind stark blau gefärbt, während die hyalinen Körper durchweg die tiefrote Färbung des Säurefuchsins annehmen; einzelne von ihnen enthielten in ihrem Innern sogar noch Trümmer von Chromatin, das die hyaline Umwandlung noch nicht durchgemacht hat und demnach blau gefärbt erscheint.

Auch die roten Blutkörperchen erfahren bemerkenswerte Veränderungen. In vielen Gefäfsen ist ihr normales Stroma aufgelöst, und sie zerfallen unter Annahme bizarrer und ganz unregelmäfsiger Formen. Im Gegensatz zu den normalen Blutkörperchen, deren Zentrum ungefärbt bleibt (Härtung in Alkohol), färben sich diese gelockerten und veränderten Blutkörperchen gründlich mit Säurefuchsin und Eosin. Viele von ihnen lösen sich auch in Haufen unregelmäfsiger, kleiner Körperchen auf, die sich stellenweise wieder zu mehr oder minder dichten Massen zusammenschieben und Thromben bilden. Mit Hülfe des WEIGERTschen Verfahrens kann man diese beiden Thrombenarten gut auseinanderhalten: die hyalinen, leukocytären Thromben färben sich mit WEIGERT sehr stark, die erythrocytären dagegen fast gar nicht. Erstere färben sich mit Gentiana-Violett, Jod, Eosin u. s. w. dunkelviolett, letztere mit Eosin hellrot. Nach dem UNNAschen Verfahren (Methylenblau, Tannin-Säurefuchsin) werden zwar beide Thrombenarten rot gefärbt, morphologisch lassen sich aber die grofsen runden Körper und groben Netze der hyalinen Leukocyten, die ganz homogen sind, noch von den diffusen Massen der veränderten und zerfallenen roten Blutkörperchen unterscheiden.

Neben diesen beiden Thrombenarten kommt nun aber in den Gefäfsen noch eine dritte Art vor; diese bestehen aus feinen runden Körnern von ungefährer Kokkengröfse und sind in den meisten Fällen auf einem bald gröberen, bald feineren Netzwerk von Fibrin aufgelagert. Die Fibrinfasern sowohl, wie die Körner lassen sich nach der Fibrinfärbemethode von UNNA und WEIGERT färben. Einzelne der Fibrinthromben färben sich stellenweise mit dem WEIGERTschen Verfahren nur recht schwach. Zieht man die in Anfang beschriebene Methode mit Gentiana-Violett (Jod + Eosin) u. s. w. in Anwendung, so beobachtet man, dafs diese Fibrinteile, die sich mit Gentiana-Violett nur schwach färben, durch Eosin rot werden, so dafs man an eine Umwandlung von Fibrin in Hyalin

glauben könnte. Einzelne Gefäfse sind in grofser Ausdehnung mit ebensolchen netzförmigen Gerinnungen und Körnern von Fibrin umgeben.

Diese drei Arten von Thromben finden sich, bald jede für sich, bald gemeinschaftlich, in den Gefäfsen und füllen eine längere oder kürzere Strecke von Gefäfsen der Subcutis und der tieferen Schichten der Cutis aus, während der Rest des Gefäfslumens von weifsen Blutkörperchen und normalem Blut angefüllt ist. Aber man stöfst auch auf Gefäfse, die vollkommen von hyalinen Thromben ausgestopft sind. In den subpapillaren Gefäfsen und Kapillaren begegnet man keinen Thromben.

Auch das elastische Gewebe macht eine bedeutende Veränderung durch. Die elastischen Fasern sind vielfach, zumal in der unteren Schicht der Cutis, ungeheuer hypertrophiert. Diese Hypertrophie hat einzelne Fasern ihrer ganzen Länge nach befallen, andere nur teilweise, so dafs die nämliche Faser an einer Stelle ihre normale Zartheit bewahrt hat, an einer anderen dagegen dick geschwollen erscheint. Die hypertrophischen Teile der Fasern erlangen die fünf- und sechs- und mehrfache Dicke des normalen Umfangs. Später unterliegen diese hypertrophischen elastischen Fasern dann einer regressiven Entartung, indem sie ihre Homogenität einbüfsen und hie und da kleine Hohlräume enthalten; einzelne von ihnen sind auch unregelmäfsig gespalten oder stellenweise zerbrochen. Mit zunehmender Entartung wird auch ihre Färbbarkeit immer schwächer, bis sie schliefslich ganz unkenntlich werden. Man begegnet auch im kutanen und subkutanen Gewebe hie und da einem Stückchen einer solchen degenerierten elastischen Faser; dasselbe ist dann ungeheuer dick, fast so dick wie eine Bindegewebsfaser. An den Punkten perivaskulärer Zellinfiltration sind die elastischen Fasern meistens geschwunden.

Die beiden Stücke von den zwei Fällen von Erfrierung, die aus der Demarkationslinie stammen und die zum Teil gangränöses, zum Teil noch mit gesunder Haut bedecktes Gewebe enthalten, weisen die nämlichen Veränderungen auf. Da, wo die Epidermis noch erhalten ist, gewahrt man dieselben Umwandlungen, wie sie bei der erythematösen Erfrierung geschildert wurden, also entzündliche Erscheinungen und hyaline Thromben in den meisten Haut- und Unterhautgefäfsen, nur dafs hier die perivaskuläre Zellinfiltration, die Hyperplasie und Hypertrophie der spindelförmigen Bindegewebszellen, sowie die Anzahl der Plasmazellen ganz bedeutend vermehrt sind, und dafs der entzündliche Prozefs auch die oberen Schichten der Cutis in weiter Ausdehnung ergriffen hat.

An der Grenze der Nekrose sind die Kapillaren der Papillen ungeheuer erweitert, einige strotzen von roten Blutkörperchen, andere sind

mit Thromben aus normalen, vielkernigen Leukocyten angefüllt (sog. weifse Thromben), noch andere enthalten hyaline Thromben.

Der nekrotische Teil der beiden in Rede stehenden Präparate ist mit einem mehr oder weniger tiefen Brandschorf bedeckt. Dieser besteht, soweit er nur oberflächlich sitzt, aus homogenisierter, abgestorbener Epidermis und aus einem Haufen vielkerniger Leukocyten. Da, wo er mehr in die Tiefe greift, umfafst er auch bald kleinere, bald gröfsere Abschnitte der hier ebenfalls abgestorbenen und mit einem dichten Haufen vielkerniger Leukocyten bedeckten Cutis. Es liegt also überall unter dem Brandschorf eine wechselnd grofse Schicht vielkerniger Leukocyten, die seine Grenze bildet und seine Abstofsung bewirkt. Es ist klar, dafs diese ungeheure Auswanderung der vielkernigen Leukocyten eine Folge der Mortifikation der Hautoberfläche ist, denn nirgend anders findet sich eine so bedeutende Anhäufung dieser Zellen, als wie unmittelbar unterhalb dem Brandschorfe. Die an den letzteren grenzenden Gefäfse strotzen zum Teil von vielkernigen weifsen Blutkörperchen, die im Begriffe stehen, nach der Gegend des Brandschorfes hin auszuwandern. Im Gegensatz hierzu finden sich die genannten Elemente in den beiden, der erythematösen Erfrierung entnommenen Präparaten, ja, auch in den Abschnitten der jetzt abgehandelten Präparate, die noch mit Epidermis bedeckt sind, nur verstreut und wenig zahlreich im Gewebe vor, das dafür an einkernigen Leukocyten um so reicher ist.

Unterhalb des Brandschorfes beginnt eine gewaltige Wucherung der Bindegewebszellen mit Hypertrophie des spongiösen Protoplasmas. Das hypertrophische Spongioplasma dieser Zellen nimmt die verschiedensten Formen an und verhilft den Bindegewebszellen so bald mehr zu einer runden, bald mehr zu einer spindelförmigen Gestalt. Stellenweise fliefst das Spongioplasma auch ineinander, so dafs Strecken des Gewebes mit spongiösem Netzwerk bedeckt sind. Die hypertrophierten Zellen sind an einzelnen Stellen ganz unregelmäfsig mit Plasmazellen, mit einkernigen und vielkernigen Leukocyten untermischt.

Auch die Endothelzellen einzelner Gefäfse nehmen an dieser entzündlichen Wucherung teil, und man erblickt grofse kutane und subkutane Gefäfse, deren Lumen fast gänzlich von proliferierten Zellen der Intima erfüllt ist. Diese Zellen stehen entweder im Begriffe, einen Thrombus zu bilden, oder ein fibröser Thrombus hat sich bereits infolge der Endarteriitis oder Endophlebitis obliterans neugebildet und verstopft das Gefäfslumen völlig.

Mehrere unterhalb des Brandschorfes gelegene Gefäfse sind von den verschiedenen Thromben, den hyalinen, den fibrösen und den erythrocytären, angefüllt, andere wiederum sind gar nicht thrombosiert. Das Gewebe ist auch stellenweise mit geronnenem, faserigem und körnigem Fibrin bedeckt.

Noch andere regressive Veränderungen bemerkt man unterhalb des Brandschorfes. Das kollagene Gewebe ist teilweise in grobe, homogene[5] Blätter oder Klumpen umgeformt, wobei sein fibrillärer Bau verloren gegangen ist und seine zelligen Elemente atrophiert sind und allmählich verschwinden. Die Überbleibsel dieser Zellen sind noch in Form von Chromatinstaub oder Tröpfchen, oder auch als atrophische und schwach gefärbte Kernteilchen vorhanden. Hie und da gewahrt man auch grofse, in Reihen angeordnete und gleichmäfsig[6] gefärbte Kerne. Endlich gewahrt man auch grofse, glänzende, homogenisierte, hyaline Flächen, auf denen keine Spur von zelligen Elementen mehr zu entdecken ist.

Eine interessante Veränderung an den Schweifsdrüsen dieser beiden Präparate ist schliefslich noch zu erwähnen. Sämtliche Drüsenkanäle sind nämlich durch homogene, hyaline Pfropfen verstopft, die sich mit Säurefuchsin intensiv färben. (Härtung in Alkohol.) Innerhalb dieser hyalinen Pfropfen stöfst man hin und wieder auf eine Drüsenzelle.

Die elastischen Fasern in den beiden vorliegenden Präparaten weisen die schon erwähnten Veränderungen auf, welche Veränderungen hier noch etwas ausgesprochener sind. Die elastischen Fasern erreichen einen unglaublich hohen Grad von Hypertrophie, sind meistens degeneriert und nur schwach färbbar. An den Herden zelliger Infiltration sind sie verschwunden, in den Brandschorfen dagegen hie und da noch erhalten.

In meinen letzten beiden Präparaten, die von tief gangränösen Teilen herrühren, fehlt die Cutis zum allergröfsten Teil, während die noch vorhandene unterste Schicht derselben in einen Brandschorf verwandelt ist, der von einem Haufen homogenisierter und in hyaline Körper umgewandelter Leukocyten bedeckt wird. Bis in die Tiefe der Subcutis sind alle Bindegewebsfasern in grofse, hyaline, homogene Balken umgewandelt, die meistens jedes zelligen Elementes entraten. Alle grofsen subkutanen Gefäfse sind fast gänzlich durch hyaline oder erythrocytäre Thromben verstopft; die Gefäfswände sind durchweg in homogene, hyaline Lamellen umgewandelt und lassen keine Spur eines zelligen Elementes mehr erkennen.

Mit Verwunderung gewahrt man, dafs in den beiden Präparaten tiefsitzender Gangrän die elastischen Fasern stellenweise erhalten sind; immer

---

[5] Dieses homogenisierte kollagene Gewebe färbt sich im allgemeinen viel schwächer, als das normale mit Säurefuchsin und Orcein; man darf hier daher wohl nicht von einer hyalinen Entartung des kollagenen Gewebes reden.

[6] In allen Erfrierungspräparaten trifft man eine grofse Anzahl solcher gleichmäfsig gefärbter, grofser Kerne, die sofort auffallen. Unna hat sie unter dem Namen „saure Kerne" beschrieben. Nach ihm löst sich das Chromatin in dem Saft der Kerne auf, und infolgedessen lassen sie sich gleichmäfsig färben. Unna hält dafür, dafs derartige, gleichmäfsig gefärbte grofse Zellen steril sind und sich nicht mehr teilen können.

weisen sie die nämlichen, bereits erwähnten, Veränderungen von Hypertrophie und Degeneration auf.

Dieses sind die Veränderungen, die ich bei der Erfrierung des Menschen im engeren Sinne beobachten konnte. Wir werden uns nunmehr mit den Ergebnissen der künstlichen Erfrierung beim Kaninchenohr zu beschäftigen haben. Vorher sei es mir gestattet, die von KRIEGE verzeichneten Befunde kurz mitzuteilen.

KRIEGE hat drei Versuchsreihen angestellt. Zuerst hat er die künstlich mittelst Äther zur Erfrierung gebrachten Kaninchenohren sofort wieder auftauen lassen. In Präparaten, die 20 Minuten nach der Erfrierung gewonnen waren, fanden sich im Innern der kleinen Arterien feinkörnige Thromben (VON RECKLINGHAUSEN), die er mit den Blutplättchen-Thromben von EBERT und SCHIMMELBUSCH, bezw. mit den Hämatoblasten von HAYEM identifiziert. 45 Minuten nach der Erfrierung war bereits auch beginnende Entzündung bemerkbar. Verschiedene kleine Arterien und Venen waren voll von Blut und Leukocyten und waren unmittelbar in einen Mantel weifser Blutkörperchen eingehüllt. Zwei Stunden nach der Erfrierung war die Entzündung noch viel ausgesprochener. Neben einem Ödem bestand in dem Gewebe netzförmige und granulöse Fibringerinnung. Hämorrhagische Infiltrationen waren überall im Gewebe vorhanden, alle Gefäfse waren erweitert und strotzten von Blut, einzelne enthielten auch Fibringerinnungen, die KRIEGE aber für postmortale Erscheinungen ansieht. Sechs Stunden nach der Erfrierung waren die kleinen Arterien und Venen voll von weifsen oder leukocytären Thromben, daneben fanden sich zum Teil auch feinkörnige Thromben. Leukocyten waren in reichlicher Menge im Gewebe vorhanden. 24 Stunden nach der Erfrierung fanden sich in den kleinen Gefäfsen die hyalinen Thromben VON RECKLINGHAUSENS; sie waren aus der Umwandlung von Leukocyten in hyaline, homogene, glänzende Körperchen entstanden. In der Epidermis hatten sich kleine Bläschen gebildet, die mit geronnenem Fibrin und zahlreichen Leukocyten angefüllt waren. Vier bis sechs Tage nach der Erfrierung beobachtete KRIEGE auch noch Proliferation der Bindegewebszellen. Nur wenige hyaline Thromben verstopften das Gefäfslumen noch völlig, die meisten füllten es nicht mehr ganz aus und waren mit frischen roten und weifsen Blutkörperchen und mit Fibringerinnungen vermischt.

In einer zweiten Versuchsreihe liefs KRIEGE die Erfrierung der Kaninchenohren eine halbe Stunde lang andauern. Makroskopisch fand er dann nach zwei Tagen bräunliche, trockene, pergamentharte Stellen. Mikroskopisch zeigte es sich, dafs die Entzündungssymptome, die Hyperämie und die Diapedese, viel beträchtlicher waren; daneben aber fand er diffuse Nekrose infolge der hyalinen Entartung des Bindegewebes,

letztere bedingt durch die Thrombosierung der Gefäfse. Die kollagenen Fasern waren in homogene, glänzende Stränge oder in hyaline, feste Klumpen umgewandelt und entbehrten jedes zelligen Elements. Im Gewebe fanden sich Leukocytenhaufen, die in hyaline Körper umgewandelt waren. Auch die drei Schichten der Gefäfswände hatten aber eine Umwandlung in hyaline Stränge erfahren, und zwar war es die Muskulatur der Media, bei welcher hier der Prozefs begann.

In einem Ohre, das er innerhalb vier Tagen 18 Mal hatte erfrieren lassen, beobachtete KRIEGE neben allen den genannten Veränderungen auch noch hyaline Umwandlung der tieferen Schichten des Epithels und der Follikelscheiden, sowie Epidermisblasen, die voll von Fibringerinnungen und von hyalin entarteten Massen runder Zellen waren. In einer dritten Versuchsreihe endlich brachte KRIEGE beide Ohren vom Kaninchen zum Erfrieren, nachdem er zuvor an einer Seite den Nervus sympathicus durchschnitten hatte. An diesem letzteren Ohre waren die regressiven Veränderungen, wie Thrombenbildung und diffuse Nekrose, doppelt so stark ausgebildet, wie an der anderen Seite, während dagegen die Entzündungserscheinungen an beiden Ohren gleich stark ausgeprägt waren.

Ich brachte nun auch ein Kaninchenohr mittelst Ätherzerstäubungen zum Erfrieren und liefs diesen Zustand 5—10 Minuten andauern. Drei Stunden danach war das Ohr ungeheuer geschwollen, rot und schmerzhaft. Die Schwellung hatte nach 24 Stunden noch zugenommen, stellenweise war die Epidermis blasig abgehoben und liefs sich mit dem Finger leicht wegstreichen, wobei ein Tropfen klaren Serums frei wurde. Dann hatte die Anschwellung am dritten Tage nach der Erfrierung wieder abgenommen, hie und da hatten sich kleine, oberflächliche, pergamentfarbene Brandschorfe gebildet. Am fünften Tage war die Schwellung fast ganz verschwunden, während die kleinen, oberflächlichen Brandschorfe immer noch bestanden. Von diesem Ohre habe ich vier Präparate angefertigt, je eines drei und 24 Stunden, bezw. drei und fünf Tage nach der Erfrierung. Ich habe dann das Tier während der nächsten acht Tage leider nicht weiter beobachtet, um nun zu meinem gröfsten Erstaunen die Entdeckung zu machen, dafs ein ziemlich grofser Teil der oberen Ohrhälfte fehlte; wahrscheinlich war das fehlende Stück brandig geworden und abgestofsen, wenigstens hing am Ohre noch ein dicker, brandiger Fetzen, der ebenfalls im Begriff war, sich abzustofsen. Die Haut schien überall geheilt zu sein. Diesen brandigen Fetzen habe ich mit einem Stückchen gesunder Umgebung zwecks mikroskopischer Untersuchung entfernt.

In dem drei Stunden nach der Erfrierung angefertigtem Präparate fand ich in mehreren Gefäfsen eine Stauung der weifsen Blutkörperchen und die drei bereits erwähnten Thrombenarten, hyaline, leukocytäre, erythrocytäre und feinkörnige Thromben, welch letztere auf einem Fibrinnetz aufliegen.

Einzelne Gefäfse sind ganz von diesen Thromben ausgefüllt; die meisten enthalten jedoch nur einen hyalinen Thrombus, der ihr Lumen bald mehr, bald weniger verstopft. Grofse Teile des Cutisgewebes sind mit faserigen und körnigen Fibringerinnungen bedeckt, die die Bindegewebsfasern wie bei einer Hämorrhagie auseinandergezerrt haben. Hämorrhagische Infiltrationen konnte ich nicht beobachten. Das ganze Gefäfssystem war ungeheuer erweitert, das Ödem sehr beträchtlich. Überall im Gewebe trifft man auf vereinzelte Lymphocyten und vielkernige Leukocyten. Die elastischen Fasern sind nicht so hochgradig hypertrophiert, wie bei der Erfrierung am Menschen, nur hin und wieder findet man hier einzelne hypertrophische Fasern.

In dem Präparate, das 24 Stunden nach der Erfrierung angefertigt war, finden sich ähnliche Veränderungen, nur ist das Ödem zwischen Papillarkörper und Epidermis etwas ausgesprochener, so dafs letztere stellenweise wie blasig abgehoben erscheint. Auch ist die Epidermis an einzelnen Punkten schwach färbbar, indem das Ödem das Chromatin aus den Epithelkernen weggespült und in die Cutis geschafft hat; letztere ist denn auch mit Trümmern von Chromatin bedeckt.

Das dritte Präparat, das drei Tage nach der Erfrierung angefertigt wurde, weist wichtige Veränderungen auf. Das Ödem und die fibrinöse Gerinnung in dem Gewebe haben sehr nachgelassen, und in den Gefäfsen stecken nur noch wenige hyaline und fibrinöse Thromben, nur die beiden gröfsten Gefäfsstämme sind noch von neu gebildeten fibrösen Thromben verstopft. Die Wucherung der spindelförmigen Bindegewebszellen und die Hypertrophie ihres Spongioplasmas ist überall im Gewebe, sowie auch in der Intima der grofsen, obliterierten Gefäfse ganz aufserordentlich. Das Gewebe enthält auch überall eine grofse Menge Plasmazellen, vielkernige Leukocyten, Lymphkörperchen und Übergangsformen von einkernigen Leukocyten.

Auf der Oberfläche gewahrt man Brandschorfe von verschiedener Tiefe. In ihren oberen Schichten bestehen diese Schorfe aus zum Teil abgestorbener, homogenisierter Epidermis und aus einer Lage vielkerniger Leukocyten; an anderen Stellen ist die Epidermis durchweg mortifiziert, und die tiefer sitzenden Schorfe werden von ausgedehnten Strecken der Cutis, die mit zahlreichen, vielkernigen Leukocyten bedeckt ist, gebildet. Hier haben die kollagenen Fasern ihren normalen fibrillären Bau teilweise eingebüfst, ihre zelligen Elemente sind atrophiert und sie selber in grofse, homogene Blätter umgewandelt. Auch hier tritt es wieder deutlich hervor, dafs die Mortifikation die ungeheure polynukleäre Leukocytose zur Folge hat, denn diese Elemente sind nirgends in so grofsen Mengen angehäuft, wie in den Brandschorfen.

Das Präparat, das am fünften Tage nach der Erfrierung an-

gefertigt wurde, läfst die nämlichen Veränderungen erkennen. Hier ist freilich ein kleines Stückchen vom Ohre ganz abgestorben und verschorft. Aufserdem befinden sich auch an einer anderen Stelle noch oberflächliche Brandschorfe; diese stehen im Begriffe, sich abzustofsen; unter ihnen hat sich bereits wieder eine frische Epidermis gebildet.

Das Präparat endlich, das 13 Tage nach der Erfrierung hergestellt wurde und das einen dicken Brandschorf im Zustande der Loslösung enthielt, bietet folgende Eigentümlichkeiten: Der Brandschorf besteht aus einem Stück abgestorbenen Gewebes, das mit zahlreichen, vielkernigen Leukocyten bedeckt ist. Darunter hat sich bereits eine prächtige Narbe gebildet. Epidermis und Papillarkörper weisen teilweise diejenigen Unregelmäfsigkeiten auf, wie sie bei frischer Narbenbildung vorzukommen pflegen, beide sind nämlich stellenweise abgeplattet; anderwärts wieder beobachtet man neben normal geformten Epithelleisten grofse, unregelmäfsige Epithelwucherungen. Auch die Cutis hat das Aussehen frisch vernarbten Gewebes; in ihren oberen Lagen sieht man die spindelförmigen Bindegewebszellen zu linearen Reihen angeordnet. In grofser Menge trifft man auch alle Arten Bindegewebszellen mit ungeheuer hypertrophiertem Spongioplasma, genau so, wie es bei der Vernarbung beobachtet wird: Plattenzellen, Spinnenzellen u. s. w. Diese Elemente sind mit einer grofsen Anzahl von Plasmazellen vermischt.

Wie man sieht, sind diese meine Befunde bei der künstlichen Erfrierung fast identisch mit denen, die ich bei der menschlichen Erfrierung erhalten habe; auch mit den Angaben von v. Recklinghausen und von Kriege stimmen sie im ganzen überein. Nur einen Punkt möchte ich gegen letzteren hervorheben. Kriege spricht von feinkörnigen Thromben und behauptet, sie seien niemals mit Fibrinfasern gemischt, sie seien vielmehr mit den Thromben aus Blutplättchen oder Hämatoblasten identisch. Ich wage nicht zu entscheiden, ob diese Kriegeschen Blutplättchenthromben den feinkörnigen Thrombosen entsprechen, die ich beobachtet habe, die sich nach Weigert färben lassen, fast immer auf Fibrinnetzen auflagern und die ich für körniges Fibrin halte. Möglich auch, dafs diese Hämatoblasten mit jenen Massen zertrümmerter Thromben roter Blutkörperchen identisch sind, die stellenweise ein körniges Aussehen besitzen und die Kriege nicht gefunden zu haben scheint.

Ferner mufs ich noch bemerken, dafs v. Recklinghausen nur in einzelnen Gefäfsen zu homogenen Massen zusammengeschmolzene rote Blutkörperchen beobachtet hat, und dafs er diese Massen mit Wahrscheinlichkeit für Stauungsthrombosen roter Blutkörperchen anspricht; ob sie aber mit den von mir in allen Stadien der Erfrierung gefundenen erythrocytären Thromben identisch sind — das vermag ich nicht zu entscheiden.

Auf einen anderen Punkt möchte ich zum Schlufs noch aufmerksam

machen. In dem Entzündungsstadium der erythematösen Erfrierung des Menschen finden sich die Lymphocyten und einkernigen Leukocyten in grofsen Mengen an; hier spielen sie eine ganz hervorragende Rolle. Die vielkernigen Leukocyten sind dagegen nur verhältnismäfsig spärlich vorhanden. Zu einer reichlichen polynukleären Leukocytose kommt es erst nach Absterben der Hautoberfläche; hierher drängen diese Elemente dann massenweise, um sich an der Bildung und der Abstofsung der Schorfe zu beteiligen.

Mit KRIEGE schliefse auch ich mich der SAMUELschen Auffassung an, dafs die Entzündung einen notwendigen Vorgang bei der Erfrierung bildet, und mit UNNA stimme ich darin völlig überein, dafs der regressive Prozefs das Wichtigste bei der ganzen Erfrierung sei.

Ich komme demnach zu folgenden Schlufssätzen:

Die Erfrierung besteht in einer hochgradigen entzündlichen Reaktion mit verschiedenen Veränderungen des Blutes und mit Bildung von mehreren Arten von Thromben in den meisten Gefäfsen; diese Thromben sind hyaline, leukocytäre, fibrinöse, erythrocytäre und fibröse. Sehr wahrscheinlich bilden diese Thromben die Hauptursache für die Mortifikation, die Homogenisation des Bindegewebes und die Bildung von oberflächlichen und tieferen Schorfen. In schweren Fällen können diese Schorfe eine beträchtliche Tiefe erreichen; in leichteren Fällen stofsen sie sich gänzlich ab und werden durch Narbengewebe ersetzt.

Bevor ich schliefse, drängt es mich, auszusprechen, dafs die schönen Färbemethoden von UNNA mir diese histologische Untersuchung sehr erleichtert haben. Ich zweifle nicht, dafs die Herren Kollegen diese Methoden als eine dankenswerte Bereicherung der Technik anerkennen werden.

In Summa werden durch meine Arbeit die Angaben von KRIEGE und von v. RECKLINGHAUSEN voll und ganz bestätigt.

Erklärung der Tafeln.

Fig. 1. Hyaline, leukocytäre Thromben (erythematöse Erfrierung) mit Gentiana-Violett, Jod-Eosin u. s. w., wie in der Abhandlung beschrieben, gefärbt.

Fig. 2. Hyaline, leukocytäre Thromben (erythematöse Erfrierung) mit Methylenblau, Tannin-Fuchsin gefärbt. In einzelnen hyalinen Körpern gewahrt man kleine Chromatintrümmer, die sich noch nicht in Hyalin umgewandelt haben und sich daher blau färben.

Fig. 3. Veränderung und Thrombose der roten Blutkörperchen (erythematöse Erfrierung). Färbung mit Gentiana-Violett, Jod-Eosin u. s. w.

Fig. 4. Veränderung der roten Blutkörperchen; an der einen Seite der Gefäfswand kleben einige hyaline, leukocytäre Körperchen (erythematöse Erfrierung) Färbung mit Methylenblau, Tannin-Säurefuchsin.

Fig. 5. Thrombose der roten Blutkörperchen (gangränöse Erfrierung). Färbung mit Methylenblau, Tannin-Säurefuchsin.

Fig. 6. Feinkörnige Thrombose (erythematöse Erfrierung). Färbung mit Gentiana-Violett, Jod-Eosin u. s. w.

Fig. 7. Fibrilläre und granulöse Fibrin - Thrombose (erythematöse Erfrierung.) Färbung wie Figur 6.

Fig. 8. Fibrilläre und granulöse Fibrin - Thrombose, teilweise mit Gentiana-Violett gefärbt; aber auch das Eosin haftet zum Teil, vermutlich, weil das Fibrin in Hyalin umgewandelt ist. Die nämliche Färbemethode.

Fig. 9. Hypertrophie der elastischen Fasern, bei schwacher Vergrößerung. (Erythematöse Erfrierung.)

Fig. 10. Hypertrophie und Degeneration der elastischen Fasern. (Erythematöse und gangränöse Erfrierung.)

Fig. 11. Hyaline Klumpen in den Schweißdrüsenkanälen.

Fig. 12. In homogene Balken umgewandeltes kollagenes Gewebe.

Fig. 13. Neu gebildeter fibröser Thrombus. (Gangränöse Erfrierung.)

Fig. 14. Hypertrophie des Spongioplasmas der Bindegewebszellen.

Fig. 15. Körnige und faserige Fibringerinnung in dem Cutisgewebe, mit Trennung und Zerreißung der kollagenen Fasern. (Färbung nach Unna mit Methylenblau-Tannin.) — Kaninchenohr, drei Stunden nach der künstlichen Erfrierung.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Aus der Praxis.

Zwei Fälle von extragenitaler Initialsklerose.

Von

Dr. E. Heuss in Zürich.

1. Ulcus specificum ani.

Frau S. von U., 40 Jahre alt, Schriftsetzers-Frau, wurde mir von Fräulein Dr. H. wegen eines auf Lues verdächtigen Geschwürs der Analgegend zur Behandlung überwiesen.

Die etwas schwächliche und früh gealtert aussehende Frau behauptet, bis vor 14 Tagen vollständig gesund gewesen zu sein, dann zufällig in der Analgegend ein schmerzloses hartes Knötchen beobachtet zu haben, das rasch an Größe zugenommen. Im übrigen befindet sich Patientin vollständig wohl.

Die Inspektion ergiebt an der linken Hinterbacke, ca. 2 cm oberhalb des Anus, ein scharf begrenztes, mandelförmiges, radiär mit der Längsachse gegen den Anus gerichtetes, ovales Geschwür. Der Grund desselben ist flach, schüsselförmig vertieft, gelblich, speckig belegt, wenig schleimig secernierend, wenig empfindlich und derb anzufühlen bei scharfer Begrenzung gegen die Umgebung. Nur die rechten Leistendrüsen sind bohnengroß geschwellt, leicht druckempfindlich, hart, beweglich. Eine Untersuchung der Genitalgegend ergiebt nichts Verdächtiges. Allgemeinbefinden

ungestört. Eine Ursache für Auftreten des Geschwüres weifs Patientin nicht anzugeben. Behandelt wurde das Geschwür bis dato nicht.

Sichere Anhaltspunkte für die Infektionsquelle fanden sich nicht. Der Mann leide seit einiger Zeit an den Augen und befinde sich zur Kur in Baden. Doch gelang es mir auch später nicht, eine Konfrontation mit demselben herbeizuführen. Perverser sexueller Verkehr wurde in Abrede gestellt.

Unter Sublimatwaschungen und grauem Pflaster ging die Induration rasch zurück; innerhalb zehn Tagen war das Geschwür fast vollständig übernarbt. Wenige Wochen darauf, vier Wochen nachdem das Geschwür bemerkt worden war, zeigte sich die Frau mit einem typischen makulösen Syphilid des Rumpfes, allgemeiner Drüsenschwellung, Müdigkeit, Ziehen und Schmerzen in den Gliedern. Unter einer sechswöchentlichen Schmierkur schwanden subjektive und objektive Symptome vollständig.

2. Ulcus specificum der Unterlippe.

Am 29. September 1895 konsultierte mich Fräulein F. von Z. wegen eines „bösartigen" Geschwürs der Unterlippe. Patientin will früher stets gesund gewesen sein; dagegen litt sie während des ganzen Sommers, wo sie die Stelle einer Kellnerin an einem Höhenluftkurort versah, an rauhen, aufgesprungenen Lippen. Vor ca. sechs Wochen bemerkte sie ein kleines, hartes Knötchen an der Unterlippe in der Gegend des linken Mundwinkels, das, abgesehen von der Entstellung, ihr keine Beschwerden verursachte. Trotz „Lippenpomade" wurde das Knötchen gröfser; der dortige Kurarzt ätzte es mit Höllenstein, worauf es aufgebrochen sei und ein stark eiterndes Geschwür gebildet habe. Ein Kurpfuscher in Glarus, an den sie sich schriftlich wandte, sandte ihr vor vier Tagen eine Salbe; auf deren Anwendung wurde das bis jetzt schmerzlose Geschwür sehr empfindlich und gröfser. — Seit ca. acht Tagen leidet Patientin überdies an heftigen Kopfschmerzen, Appetitmangel, Schluckbeschwerden.

Status: An der Unterlippe gegen den linken Mundwinkel zu sitzt ein über bohnengrofses, ovales Geschwür mit besonders nach innen ziemlich steil abfallenden Rändern. Der grünlich mifsfarbene, höckerige, fast kraterförmig ausgelochte Geschwürsgrund secerniert reichlich gelbbräunlichen, etwas schleimigen, stinkenden Eiter. Grund und Ränder sind sehr druckempfindlich, leicht blutend, derb infiltriert, fast bretthart, so dafs man das Geschwür als einen walzenförmigen, fast wallnufsgrofsen, ziemlich scharf umschriebenen, beweglichen Tumor mit Leichtigkeit umfassen kann. Doch läfst sich, von dessen Unterseite abgehend, ein bleistiftdicker, knolliger Strang bis zu den linksseitigen, stark geschwollenen, druckempfindlichen, beweglichen Submaxillardrüsen verfolgen. Auch die Submental-, sowie die Submaxillardrüsen rechts sind, wenn auch in geringerem Grade, vergröfsert, und druckempfindlich, ebenso die Cervikal- und Achseldrüsen. Die linke untere Gesichtspartie, sowie das linke untere Augenlid ist etwas ödematös aufgetrieben, nicht druckempfindlich. Zunge belegt, Rachenschleimhaut und besonders die vergröfserte linke Mandel diffus gerötet; Lippen trocken schilfernd, gegen das Ulcus zu mit schmutzig-braunen Krusten bedeckt. Pityriasis capitis; in den letzten acht Tagen habe der Haarausfall auffallend zugenommen. Am Körper läfst eine oberflächliche Inspektion nichts Auffallendes konstatieren. Appetitmangel, Kopfschmerzen, leichte Schluckbeschwerden, kein Fieber.

Ich wagte nicht, sofort eine präzise Diagnose zu stellen. Gegen Furunkel, Pustula maligna, woran die derbe Infiltration der nächsten Umgebung des Ulcus, das Ödem etc. denken liefs, sprach entschieden die Anamnese, das relativ wenig gestörte Allgemeinbefinden. Ebensowenig konnte es sich um eine eigentliche Neubildung (Sarkom etc.) handeln. Das Ganze als alleinige Folge der vorhergegangenen Höllen-

stein- und Salbenbehandlung mit Sekundärinfektion anzusehen, schien mir ebenso unwahrscheinlich; von einer Ansteckung, z. B. durch Kufs, wollte das Mädchen auch nichts wissen. Ich entliefs die Patientin, die sich nicht zum Spitaleintritt entschliefsen konnte, mit der Weisung zu äufserster Vorsicht im Umgang mit anderen Personen, Gebrauch von eigenem Efsgeschirr etc. Lokal verordnete ich Kompressen mit Sublimatwasser, dazu ein Mundspülwasser.

Drei Tage darauf stellte sich Patientin wieder vor. Das Ödem, die entzündlichen Erscheinungen der Umgebung hatten abgenommen, der Tumor war dagegen eher noch besser zu fühlen, der Geschwürsgrund graulich belegt, doch war die Eitersekretion bedeutend geringer und heller gefärbt; dazu deutliche, schmerzlose Schwellung der Axillar-, Occipitaldrüsen etc. Kein Exanthem. Die Kopfschmerzen bestanden fort, am meisten nachts. Diagnose: Ulcus durum specificum. Ordination: Fortfahren mit den Sublimatbleiwasser-Kompressen; in Zwischenzeit weifse Präzipitatsalbe.

Erst acht Tage später, also ca. acht Wochen nach Auftreten des Knötchens, zeigte sich die Patientin wieder. Das noch allseitig derb infiltrierte, scharf umschriebene Geschwür am linken Mundwinkel war flacher, durch Entwickelung eines vom Rande konzentrisch sich verschiebenden graulichen Epithelsaumes kleiner geworden, die Unterkieferdrüsen etwas kleiner, aber derber, der rosenkranzförmige Lymphstrang deutlich fühlbar, über Rumpf und Gelenkbeugen ein makulo-papulöses Exanthem, auf dem Capillitium neben reichlich diffusem Haarausfall papulo-pustulöse Efflorescenzen, an weichem Gaumen und Rachen ein scharf begrenztes Erythem, mit konvexen Rändern, Tonsillen weifsgrau, diphteroid belegt. Heftige Augenschmerzen und Lichtscheu, beiderseitige Iritis serosa. Sämtliche Drüsen, auch Leistendrüsen geschwellt, an Genital- und Analgegend keine Efflorescenzen nachweisbar, dagegen um den Nabel einige flache erodierte Papeln. Patientin klagt über heftige Kopfschmerzen, Appetitmangel etc., kein Fieber.

Über die Diagnose war kein Zweifel möglich. Nach energischer Durchführung einer siebenwöchentlichen Spritzkur (14 Injektionen, zweimal wöchentlich in steigender Konzentration je 1,0 einer 1—5 %igen Sublimatlösung in physiologischer Kochsalzlösung mit Zusatz von 0,5 % Phenol) und entsprechender Lokalbehandlung (Augen: Atropin + Pagenstecher; Capillitium, Ulcus und Nabel: Unguentum praecipitatum album) wurde die Patientin symptomenlos entlassen. Der Sitz der früheren Initialsklerose am linken Mundwinkel war durch eine erbsgrofse, scharf begrenzte, etwas vertiefte, braun geränderte Narbe markiert. Unterkiefer-, Nacken- und Achseldrüsen auch nach Spritzkur noch fühlbar.

So häufig im ganzen Fälle von extragenitaler Sklerose sind (nach Fournier 6—7 %, nach anderen sogar 10 % sämtlicher Sklerosen, im Gegensatz zum Ulcus molle, das extragenital ungleich seltener, nach Wolff in 1—2 ‰ vorkommt), so glaube ich doch, dafs diese beiden Fälle wegen ihres so verschiedenen Verlaufes, d. h. des so abweichenden Einsetzens der Sekundärsymptome, eine kurze Besprechung verdienen. Bei dem Glutaealschanker handelte es sich um eine schwächliche, anämische Frau, wo wider Erwarten auch späterhin die Syphilis einen sehr milden Charakter zeigte, während bei der robusten, 20jährigen Kellnerin bald heftige Allgemeinsymptome (intensive Kopfschmerzen, grofse Müdigkeit und Abgeschlagensein, dann Affektionen der Schleimhäute), zuletzt sogar eine doppelseitige Iritis sich einstellten. A priori

wäre eher das Umgekehrte: schwereres Befallensein der schwächlichen Frau zu erwarten gewesen. Geben doch neben anderen Momenten schwächliche Konstitution, Anämie, höheres Alter etc. die Hauptursachen für schwere Syphilisformen ab.

So dürfte denn wohl unser zweiter Fall von Lippensklerose mit nachfolgender Iritis von jenen als Beispiel für ihre Anschauung herangezogen werden, welche behaupten, dafs speziell Kopfschanker einen bösartigeren Verlauf nehmen, ein Analogon zu gewissen anderen Infektionskrankheiten, speziell Lyssa, Anthrax, bildend, wo je nach dem Sitze der Infektion die Mortalitätsziffer schwankt, z. B. bei Lyssa von 19% für die unteren Extremitäten, auf 66% für die Hände, 88% für das Gesicht. Die Durchsicht der Litteratur und die Statistik giebt für diese weitverbreitete Ansicht keine Stütze; im grofsen und ganzen scheinen die Kopfschanker nicht schlimmer und nicht besser zu verlaufen, als andere extragenitale Sklerosen.

Auch über den Grad der Gefährlichkeit der extragenitalen Sklerosen im allgemeinen herrschen die widersprechendsten Meinungen. So stellte Kreeting[1] (von den in letzter Zeit erschienenen zahlreichen statistischen Zusammenstellungen über Extragenitalsklerose erwähne ich nur die beiden wichtigen von Kreeting und von Fournier, die, beide auf ein grofses Material sich stützend, zu nur scheinbar sich widersprechenden Resultaten kommen) aus der Universitätsklinik in Christiania 539 extragenital infizierte Fälle, das Material von 25 Jahren umfassend, zusammen und fand, dafs davon ein verhältnismäfsig grofser Teil schwere Symptome mit starken Exanthemausbrüchen und Iritiden im Gefolge hatte. Demgegenüber stellt Fournier in einer jüngst erschienenen Arbeit[2] an der Hand seines riesigen Materials fest, dafs wenigstens die schwersten Formen von Syphilis: tertiäre Formen, Lues galoppans, cerebrale Syphilis (zusammen gegen 1200 Fälle umfassend) keineswegs häufiger nach Extragenitalinfektion auftreten. So fallen nach Fournier, der das Vorkommen der Extragenitalsklerose auf 6—7% sämtlicher Sklerosen berechnet, auf 100 Fälle tertiärer Syphilis 93—94 Genital- und 6—7 Extragenitalschanker. Tertiäre Symptome werden also relativ ebensohäufig durch die Genital-, wie die Extragenitalsklerose verursacht. Auf 242 Fälle galoppierender Syphilis fallen 92,2% und 7,8%, auf 707 Fälle von Gehirnsyphilis 95% Genital- und sogar nur 5% Extragenitalsklerosen. Ich glaube, dafs diese von einem so gewiegten und objektiven Beobachter wie Fournier gesammelten Zahlen keines Kommentars bedürfen.

Und doch hat durch hundertfache Beobachtung die Ansicht ihre Berechtigung gefunden, dafs wenigstens gewisse Körpergegenden für Initial-

[1] *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. Bd. 36. Heft 2.
[2] *L'Indépend. méd.* 3. Dezbr. 1895.

sklerose, sei es in Bezug auf Mortalität oder schwere sekundäre Symptome, eine üble Prognose geben. So genieſsen besonders die Impfsyphilis, dann Sklerosen der Mammae und der Finger einen üblen Ruf. Auch FOURNIER giebt die Richtigkeit dieser Anschauung zu, führt sie aber mit Recht nicht auf die Lokalisation, als auf damit zusammentreffende äuſsere Schädlichkeiten zurück. So findet die ernste Prognose des Impfschankers ihre hinreichende Erklärung darin, daſs derselbe sehr häufig nicht, resp. zu spät erkannt wird, daſs die Impfsyphilis fast ausschlieſslich Kinder, meist wenige Wochen alt, betrifft, deren Organismus naturgemäſs dem Gifte weniger Widerstand entgegenzusetzen vermag. Initialsklerose der Mamma kommt wieder weitaus am häufigsten bei Ammen vor, deren Gesundheit durch die vorausgegangene Schwangerschaft, die Entbindung, das Stillen häufig ebenfalls meist stark reduziert ist. Von Fingersklerosen stellen die Ärzte das gröſste Kontingent (FOURNIER[3] fand unter 49 Fingerinfektionen 30 bei Ärzten vorkommend; von den von BULKLEY[4] gesammelten 462 Fällen von Initialsklerosen der Hände und Finger betreffen 25 % Ärzte), wo berufliche Überanstrengung, psychische Depression und ungenügende Behandlung im Verein eine trübe Prognose herbeiführen.

Mit der Ansicht, daſs die schlimme Prognose der Extragenitalsklerose nicht von der Lokalisation, sondern von zufälligen äuſseren Umständen: unrichtiger oder zu später Diagnosestellung, Mischinfektion, Beruf, Alter, Geschlecht (unter den 539 von KREFTING mitgeteilten Fällen von extragenitaler Sklerose befinden sich 247 Kinder, 231 Frauen und nur 61 Männer) abhängig ist, stimmen auch die Erfahrungen einer Reihe von Ärzten, z. B. von EICHHORST (*Lehrbuch.* 4. Bd.), HUTCHINSON etc. überein. Die schweren Sekundärsymptome in unserem Falle von Lippensklerose dürften wohl, wenigstens zum Teil, durch Mischinfektion mit Eiterorganismen, durch die Be-, resp. Miſshandlung mit dem Höllensteinstift, die häufigen Traumen (Zerren beim Sprechen und Essen, heiſse und kalte Speisen etc.) bedingt sein. Fehlen diese zufälligen äuſseren und inneren schädlichen Momente, so verläuft die extragenitale Infektion im Durchschnitt ebenso gut und ebensoschlecht, wie die genitale. So erwähnt JOSEPH[5] noch jüngst, daſs unter seinen 50 Beobachtungen von extragenitaler Sklerose „sich kaum einer gefunden, der einen auffällig schweren Verlauf genommen.“ Ebensogünstig verliefen die wenigen Fälle von extragenitaler Sklerose, die ich früher zu beobachten Gelegenheit hatte. Sie betrafen drei sämtlich in kräftigem Mannesalter stehende Individuen, wovon das eine eine spezifische Sklerose der linken Bauchgegend, das zweite der

[3] Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIX. S. 268.
[4] Citiert nach BERLINER, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XX. S. 388.
[5] S. *Festschrift*, gewidmet Prof. LEWIN, S. 64.

rechten Oberlippe, das dritte, wohl durch eine gleichzeitig bestehende Scabies bedingt, zwei Sklerosen, am Penis und am Rücken des rechten Zeigefingers, trug.

Elektrolyseur Santi
für harte Strikturen der vorderen Harnröhre, zugleich auch Meatotom.

(Konstruiert von Instrumentenmacher Klöpfer in Bern.)

Von

Privatdozent Dr. Santi-Bern.

Mein Elektrolyseur besteht zunächst, wie nebenstehende Zeichnung zeigt, in einem geraden Dilatator. Ein Zifferblatt kontrolliert die Dilatation. An der Spitze des Instruments kann eine Leitbougie angeschraubt werden. Am unteren Arm desselben ist eine, einige Centimeter lange, Platinlamelle angebracht, wodurch der elektrolytische Schnitt geschieht. Ein guter Metalllack isoliert die ganze Metallfläche bis auf die Platinlamelle. Nach vorgängiger genauer Feststellung der Lokalisation und der Beschaffenheit vorhandener Strikturen mittelst der Knopfsonde oder des Urethrometers wird die Harnröhre desinfiziert und kokainisiert und sodann das mit Glycerin gut bestrichene Instrument geschlossen in dieselbe eingeführt, und zwar so, dafs die Platinlamelle gerade über der Striktur zu liegen kommt. Besteht Meatus-Enge oder -Verengerung, so wird zunächst —, das geschlossene Instrument kann trotzdem fast immer noch passieren — die elektrolytische Meatotomie gemacht. In diesem Falle ist eine Kokaineinspritzung auch in die Raphe zu machen.

Das Instrument wird in allen Fällen mit dem negativen Pole verbunden, während der positive Pol mittelst indifferenter Elektrodenplatte am Oberschenkel fixiert ist. Der Strom wird bei nur wenigen Milliampères geschlossen und mit demselben allmählich bis auf 25—35 Milliampères gestiegen. Gleichzeitig erfolgt in ruhiger, vorsichtiger Weise und ohne besondere Druckanwendung die Dilatation des Instrumentes. Nach wenigen Minuten hat man in der Regel die gewünschte Dilatation erreicht. Alsdann wird der Strom zuerst wieder schwächer gemacht, dann geöffnet. Das Instrument selbst wird vor seiner Entfernung, um das Einklemmen

von Schleimhautfalten zu verhindern, nur halbgeschlossen und bei leichtem, vorsichtigem Zuge herausgezogen. Je nach der Stellung, in welcher das Instrument eingeführt wird, kann man die Platinlamelle auf die obere Wand der Urethra sowohl, als auch auf deren Seitenwände einwirken lassen. Bei richtiger Durchführung tritt keine, oder nur geringe Blutung auf, und die ganze Operation ist sozusagen schmerzlos. Sowohl vor, als nach der Operation werden antiseptische Ausspülungen gemacht.

Die Dilatation als solche bezweckt bei meinem Elektrolyseur einzig einen möglichst nahen Kontakt der Platinlamelle mit dem Strikturgewebe; die Spaltung selbst geschieht durch die elektrolytische Kraft. Mein Instrument ist in gewissem Sinne ein Pendant zum lineären Elektrolyseur Fort und vielleicht eine Ergänzung desselben.

Nach jedem Gebrauche wird das Instrument sorgfältigst desinfiziert und die Lackierung jedesmal revidiert, was leicht und rasch geschehen kann. Wer mit Elektrolyse vertraut ist, wird mein Instrument leicht handhaben und von den damit erzielten Resultaten befriedigt sein.

Ein Fall von Psoriasis der Nägel.

Von

W. Dubreuilh.

Die primäre Psoriasis der Nägel, im engeren Sinne des Wortes, ist sehr selten. Einen solchen Fall, in dem die Psoriasis das erste und einzige Symptom der ganzen Erkrankung bildete, will ich hier mitteilen. Ludwig Nielsen schreibt in einer umfangreichen Abhandlung, der 616 Beobachtungen von Psoriasis zu Grunde liegen,[1] „dafs kein einziger, einwandfreier Fall von Psoriasis vorliegt, der nur die Nägel betroffen hat, denn immer wurde schliefslich auch die Haut in Mitleidenschaft gezogen und dadurch die Diagnose gesichert.“ Schütz[2] spricht wohl von primärer Psoriasis der Nägel, aber er versteht darunter die Psoriasis der Matrix, im Gegensatz zu derjenigen des Nagelbettes, und er fand diese Lokalisation namentlich bei alten Kranken sehr häufig. Dennoch ist es sicher, dafs die Psoriasis ihre Symptome zuerst an den Nägeln machen kann. Zwei besonders interessante derartige Fälle hat z. B. mein Schüler Ménrau

[1] Ludwig Nielsen, Klinische und ätiologische Untersuchungen über Psoriasis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892. S. 317.

[2] Joseph Schütz, Beiträge zur Pathologie der Psoriasis. *Arch. f. Derm.* 1892. S. 739.

(DE LA BOURBOULE) veröffentlicht.[3] Der eine derselben betraf einen 62jährigen Rheumatiker, der aber nie zuvor ein Hautleiden gehabt hatte, und dessen Hand- und Fufsnägel ganz plötzlich an akuter Psoriasis erkrankten. In dem anderen Fall handelte es sich um ein 3½jähriges Mädchen; sechs Fingernägel wiesen hier mehr oder weniger deutlich ausgesprochene Symptome der Psoriasis auf. Gleichzeitig fanden sich auch am Körper einzelne Psoriasisflecke, sie waren aber später entstanden.

Im folgenden handelt es sich nun um einen Fall, bei dem die Nägel allein erkrankt waren, und zwar so typisch, dafs ich über die Natur des Leidens sofort im klaren war und den Ausbruch von Psoriasis auf der Haut vorhersagen konnte. Meine Diagnose wurde 14 Tage später bestätigt, indem sich auf dem Schenkel eine Psoriasisplaque bildete, was mir von der Mutter der kleinen Patientin zum Vorwurf gemacht wurde, indem meine Salbe für die Nägel daran schuld sein sollte.

Die kleine M., sechs Jahre alt, wurde mir am 10. Januar 1895 von Dr. COURTIN wegen Erkrankung ihrer Nägel zugeschickt.

Das Leiden hatte im September 1892, und zwar am linken Daumen, begonnen. Seitdem sind auch die Nägel der rechten Hand, mit Ausnahme desjenigen des dritten Fingers, ergriffen. Kein Nagel ist bis jetzt völlig geheilt, doch war der Befund an den einzelnen Nägeln bis jetzt immer ein wechselnder, indem sie bald gröfsere, bald geringere Veränderungen aufwiesen. Die erste Veränderung bestand immer in einer Ablösung des Nagels an einem der Winkel, wo sein freier Rand mit den Seitenrändern zusammentraf; bisweilen erfolgte die Ablösung auch gleichzeitig an beiden Winkeln und griff dann bald mehr, bald weniger ausgedehnt auf den freien Rand über. Irgend ein Hautausschlag hat zu keiner Zeit bestanden und besteht auch jetzt nicht; ebenso bieten auch die Füfse und die Nägel an den Zehen nichts Abnormes.

Am ausgebildetsten sind die Veränderungen am rechten Ringfinger. Der Nagelfalz ist hier normal. Der Nagel selber hat seine gewohnte Form und Krümmung, aber er ist merklich verkürzt und an seinem freien Rande mehr als 1½ mm von seiner Unterlage abgehoben. An seiner Oberfläche ist diese Ablösung durch eine weifse Verfärbung kenntlich. Diese hellere Zone wird von einer zackigen Linie begrenzt und sieht aus, als bestehe sie aus einer Reihe dichtstehender Längsstreifen von fast gleicher Länge. Unterhalb der weifsen Zone befindet sich ein rauchbrauner Saum von ½ mm Breite, der aber weder sehr deutlich ist, noch eine ununterbrochene Linie darstellt. In geringer Entfernung von diesen Veränderungen und ohne Zusammenhang mit ihnen erblickt man drei kleine, braune, stecknadelkopfgrofse Flecke, die wohl abgegrenzt sind,

---

[3] MÉNRAU, Beitrag zum Studium der Psoriasis ungualis. *Ann. de Derm.* 1893. S. 418.

aber keine scharfen Umrisse besitzen. Auf einem dieser Flecke hebt sich deutlich ein kleiner dunkelbrauner Längsstreifen von $^2/_3$ mm Länge und $^1/_6$ mm Breite ab. Die Oberfläche des Nagels ist mit kleinen punktförmigen Vertiefungen, wie beim Fingerhut, besät; der Boden dieser Vertiefungen ist nicht glatt, sondern mit kleinen, perlmutterglänzenden Schüppchen bedeckt.

Der freie abgelöste Nagelrand ist etwa 1 mm von dem Nagelbett abgehoben; der so entstandene Raum ist von einem $^1/_2$ mm dicken Haufen feinster, weifser Schuppen angefüllt, die Perlmutterglanz haben, trocken sind und sich mit der Messerspitze in Form eines reichlichen Schuppenstaubes leicht ablösen lassen. Mit dem fibrösen Bau des Binsenmark oder dem schuppigen Bau der subungualen Hyperkeratosis haben diese Schuppen nicht die mindeste Ähnlichkeit.

Am Nagelgliede bestehen bis zur Mitte der Pulpa Spuren von Desquamation. Die Epidermis ist hier abnorm dünn, geht aber ohne weiteres in die gesunde Haut über; irgend ein Wulst ist zwischen beiden Teilen nicht vorhanden; zur Zeit ist auch keinerlei Abschuppung bemerkbar.

Die anderen Nägel weisen die nämlichen Veränderungen, nur in geringerem Grade und Umfange auf; ein so vollkommenes Krankheitsbild findet sich aber an keinem anderen Nagel wieder. Am rechten Daumen befinden sich auf der Nagelfläche nur einige braune Flecke, an anderen Nägeln ist nur die Ablösung oder sind nur die Vertiefungen oder nur die Desquamation an der Fingerkuppe vorhanden.

Behandlung: Einreibungen mit

Lanolin.	
Axung. porc.	aa 10,0
Chrysarob.	2,0
Resorcin.	0,5

Epikrise. Die Veränderungen an den Nägeln gleichen bis in die feinsten Einzelheiten den Befunden bei der Psoriasis: die mit Schuppen bedeckten Vertiefungen der Nagelfläche, die braunen Flecke mit hämorrhagischen Pünktchen (flammèches), die Ablösung mit braunem Saum, die trockene, perlmutterartige Abschuppung des Nagelbettes — alles spricht für Psoriasis. Die Desquamation an der Fingerkuppe hat freilich nichts Typisches; man weifs ja aber, dafs die Psoriasis an dieser Stelle und in diesem Alter solche Formen annehmen kann.

Zur Annahme einer Onychomykose könnte vielleicht die Angabe der Mutter verleiten, dafs das Kind zur Zeit seiner Erkrankung eine Bonne hatte, die an Ausschlag der Hände litt, und deren Nägel schwarz und mifsgestaltet waren. Aber das Aussehen der Nägel spricht für keine der mir bekannten Formen von Onychomykose, und aufserdem fiel auch die mikroskopische Untersuchung der subungualen Schuppen negativ aus.

Beim Ekzem kommen weder braune Flecke, noch perlmutterartige Desquamation vor; auch der Befund an den Fingerkuppen spricht viel mehr für Psoriasis, als für Ekzem.

Es bleibt also nur die Diagnose Psoriasis übrig; dieselbe hat an den Nägeln begonnen und ist bis jetzt auf diese beschränkt geblieben; weder am Körper, noch auf dem Kopfe findet sich sonst etwas Abnormes. Auch sämtliche Familienmitglieder sind bisher von Psoriasis verschont geblieben.

Am 25. Januar 1895 teilte Dr. COURTIN mir mit, dafs seit einigen Tagen eine typische Psoriasisplaque auf dem rechten Oberschenkel bestehe,

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.
Band 24. Heft 2. 1896.

I. **Lichen ruber acuminatus und planus an der Haut und Schleimhaut desselben Individuums und über die Identität des Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris**, von LUKASIEWICZ - Innsbruck. Das Hautleiden begann bei dem 26jährigen Patienten vor acht Jahren im Winter mit diffuser Rötung an Hand- und Fufsrücken. Hierauf entwickelten sich einzelne, hirsekorngrofse Knötchen, die sich bis zum Frühjahr derart vermehrten, dafs Hände und Füfse ganz rauh geworden sind. In der darauffolgenden Zeit dehnte sich der Prozefs auf die Ulnarseite beider Vorderarme und die Vorderfläche beider Oberschenkel aus. Etwa ein Jahr nach Beginn des Leidens sollen sich die Hände, besonders aber die Fufsrücken mit „massigen, dicken, harten Schuppen" bedeckt haben. Das Leiden bereitete dem Patienten keine besondere Beschwerden.

Verfasser beschreibt im folgenden sehr ausführlich den Status bei der Aufnahme des Patienten in die Klinik im Jahre 1894 und den weiteren Verlauf der Krankheit. Nach dem klinischen Bilde zu urteilen, unterliegt es keinem Zweifel, dafs es sich hier um einen Kombinationsfall von Lichen ruber planus und acuminatus handelt. Verfasser konnte am Stamme des Patienten Acuminatusknötchen und an den Extremitäten aufserdem Acuminatusinfiltrate konstatieren. Von Planuseffloreszenzen waren zwar am Stamme blofs Knötchen, am Penis und Scrotum jedoch die charakteristischen flachen, wachsartig glänzenden, nicht schuppenden Plaques vorhanden. Weiterhin beobachtete Verfasser das Entstehen der Planuseffloreszenzen während der Involution der Acuminatuserscheinungen, vor allem aber auch unzweifelhaft das Übergehen der Planusknötchen in jene des Acuminatus. Auffallend ist die geringe Beteiligung des Gesamtorganismus bei verhältnismäfsig stark entwickeltem und lange andauerndem Hautleiden in diesem Falle. Merkwürdig war auch das Fehlen subjektiver Symptome, besonders des Juckens während der achtjährigen Krankheitsdauer, ein Beweis, dafs nicht alle Fälle von Lichen ruber acuminatus so schwer verlaufen, wie die von HEBRA zuerst beobachteten.

Von grofsem Interesse in dem vorliegenden Falle war das Auftreten des Lichen ruber auf der Kehlkopfschleimhaut. Die meisten der beschriebenen Symptome bildeten sich auf Arsenikbehandlung in neun Monaten zurück. Für Lichen ruber ist gerade

die Rückbildung der Schleimhautsymptome ohne lokale Behandlung besonders charakteristisch.

Dem Verfasser stellte sich kürzlich ein junger Mann in der Poliklinik vor mit einem kleinen zickzackartigen, aus stecknadelkopfgroſsen, opak weiſsen, glatten gedellten Knötchen bestehenden Kreis am Lippenrot der Unterlippe. Die Eruption wurde als Lichen ruber diagnostiziert. An der Schleimhaut beider Wangen fanden sich Kreise von ähnlicher Beschaffenheit, aufserdem silbergraue Plaques vor. An der linken Zungenhälfte saſs ein ca. 1 cm langer, $^1/_2$ cm breiter Plaque mit feinhöckeriger Oberfläche. Er bestand aus hypertrophischen, verlängerten, mit verdicktem Epithel bedeckten Papillen. Am Rande des Plaque waren eine opaline Trübung des Epithels und etwas entfernt von derselben charakteristische, diskrete, silbergraue Knötchen vorhanden. Am Körper fanden sich nur aufser wenigen, bräunlich pigmentierten, atrophischen Stellen am linken Vorderarm (Rückbildung) einige typische Lichen ruber planus-Knötchen an der Glans vor.

Verfasser hält den beschriebenen Plaque an der Zunge für einen, dem Lichen ruber acuminatus der Haut analogen Prozeſs an der Schleimhaut, welcher, ähnlich wie die konischen Knötchen des ersten Falles, aus den flachen Planuseffloreszenzen hervorgegangen war.

Der erste Fall scheint auch geeignet, die Identität des Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris (Devergie) zu beweisen. Die konischen Knötchen und die aus denselben zusammengesetzten Infiltrate mit trockenen Hornkegeln um die Haarbälge herum, namentlich an den Grundphalangen der Finger, die diffuse Hautrötung, welche der Entwickelung der Infiltrate vorausging, dieselben umgab und auch nach ihrer Involution zurückblieb, der seborrhoische Zustand am Kopfe, die Schwielenbildung an den Hohlhänden, die stark ausgeprägte Cutis anserina an der ganzen Haut, das relativ gute Allgemeinbefinden des Patienten, die geringen subektiven Beschwerden (Juckreiz) sind Symptome in dem Falle, wie sie für die Pityriasis rubra pilaris von ihren Bearbeitern als charakteristisch angesehen werden.

Verfasser teilt im folgenden ausführlich die Befunde der mikroskopischen Untersuchung flacher Knötchen und Plaques des Planus, typischer konischer Knötchen, diffuser Infiltrate und in Rückbildung begriffener Herde des Acuminatus mit.

Die Befunde stimmen, was die Lichen ruber planus-Effloreszenzen betrifft, mit den von Weyl, Köbner, Bender, Caspary, Török u. a. beschriebenen gröſstenteils überein. Die anatomischen Befunde der Lichen ruber acuminatus-Effloreszenzen unterscheiden sich nicht wesentlich von den in der letzten Zeit von Kaposi geschilderten. Die von Joseph bei der Affektion vorgefundenen typischen Riesenzellen hat Verfasser in seinen Präparaten vermiſst. Die mikroskopischen Befunde der epidermoidalen Veränderungen bei Lichen ruber acuminatus fand Verfasser auffallend ähnlich den bei Pityriasis rubra pilaris beschriebenen, ein triftiger Grund mehr, an der Identität beider Affektionen nicht zu zweifeln.

II. **Zur Histologie des blennorrhoischen Eiters**, von C. Prezzoli-Wien. (Vergl. das Referat über das vorige Archivheft.)

III. **Über das „Ulcus vulvae" (chronicum, elephantiasticum etc.)**, von F. Koch-Berlin. Anlaſs zur vorliegenden Publikation gab die Arbeit von Riedel über „dauerndes Ödem und Elephantiasis nach Lymphdrüsenexstirpation" (*Langenbecks Arch.* Bd. 47. S. 216). Schon Virchow, Mayer und nach ihnen Neisser, Lesser, Jacobi, Fritsch u. a. haben darauf hingewiesen, daſs elephantiastische Verdickungen besonders an den weiblichen Genitalien in manchen Fällen auf den Verlust der Leistendrüsen zurückzuführen sind. Die Gewebshyperplasie ist jedoch nicht das einzige Symptom der Krankheit, vielfach findet man Ulcerationen und andere Zeichen

von Lymphstauung vor. Die Franzosen haben die verschiedensten an der Vulva vorkommenden ulcerösen Prozesse mit „Esthiomène“ bezeichnet.

Verfasser verfügt über eine Anzahl von Fällen aus dem Breslauer Allerheiligen-Hospital, deren Krankengeschichten im folgenden mitgeteilt werden. Wir heben Fall vier heraus. Es handelt sich um ein 24jähriges, vor ca. zwei Jahren syphilitisch infiziertes Mädchen. Vor 2½ Jahren doppelseitige Totalexstirpation der Leistendrüsen. Bald nach der Operation bemerkte Patientin, dafs die grofsen Schamlippen anfingen anzuschwellen; bei jeder Menstruation wiederholte sich diese Anschwellung, um danach etwas, aber nie mehr ganz zurückzugehen, bis die Schamlippen schliefslich ihre jetzige excessive Gröfse erreichten. Die Patientin sieht anämisch aus, ist aber sonst gesund, namentlich fehlt jedes Zeichen von Tuberkulose. In beiden Inguinalbeugen befindet sich je eine sehr tiefe und sehr breite Narbe, in die man fast die ganze Hand legen kann. Beide grofse Labien sind in dunkelbraunrote, sehr derbe und pralle, 3—4 Finger breite, unförmliche Wülste verwandelt, deren Oberfläche leicht ekzematös gereizt ist. Elephantiasis geringeren Grades des Mons Veneris, der kleinen Labien und der Clitoris. In der unteren Kommissur pfennigstückgrofses, glattrandiges, derb infiltriertes Ulcus, das keine Heilungstendenz zeigt. Die nach der von Schröder (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* Bd. 3) empfohlenen Methode ausgeführte Amputation der grofsen Labien gab ein gutes Heilresultat.

Aus den dreifsig Krankengeschichten jüngeren und älteren Datums läfst sich folgendes Krankheitsbild zusammenfassen: „Es kommt an den weiblichen Genitalien, besonders häufig bei Prostituierten, eine chronische, aus elephantiastischer Verdickung und Ulceration sich zusammensetzende, aufserordentlich schwer therapeutisch zu beeinflussende, wie es scheint, nicht spezifische Affektion vor, die sich mit Vorliebe bei Patientinnen findet, welche eiterige Prozesse in den Inguinaldrüsen durchgemacht haben.

In hochgradigen Fällen können die elephantiastischen Verdickungen zu einem Verschlufs des Scheideneinganges führen; sie können auch die Harnröhrenmündung verlegen und dadurch bedrohliche Harnbeschwerden nach sich ziehen.

Nicht selten ist auch die nächste Umgebung des Anus an der hyperplastischen Infiltration beteiligt. Bei den so häufig vorhandenen Hämorrhoidalknoten tritt die venöse Stauung zu Gunsten einer hyperplasierenden Infiltration zurück; es kommt zur Neubildung in polypöse, bisweilen papillomatöse Wucherungen, die, wie die meisten elephantiastischen Verdickungen, leicht oberflächlicher Ulceration anheimfallen können.“

Das Allgemeinbefinden der Patientinnen ist in der Mehrzahl der Fälle gar nicht oder nur wenig gestört. Die Affektion ist am häufigsten am Ausgange der zwanziger Jahre. Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 27,9 Jahre.

Was die Histologie der elephantiastischen Hyperplasien betrifft, so konnte Verfasser die Ergebnisse der Untersuchungen früherer Autoren, so Esmarchs und Kulenkampffs, bestätigen.

In ätiologischer Beziehung wirken bei der Krankheit mehrere Faktoren mit. Eine Prädisposition geben zunächst Stauungen, insbesondere Lymphstauungen ab, hervorgerufen durch totalen oder partiellen Verlust der Leistendrüsen. Es kommen in Betracht Traumen beim Gehen, bei Excessen in Venere. Fast alle Patientinnen waren Prostituierte. Auch die Lage der Vulva spielt nach Schröder eine Rolle.

Von ätiologischer Bedeutung sind ferner die spezifischen entzündlichen Prozesse, vor allem das Ulcus molle, ferner Primäraffekte, exulcerierende Papeln oder spätluetische Prozesse. Es können als ätiologisches Moment mitwirken Abscesse der

Bartholinischen Drüsen, langdauernde Cervixblennorrhoen, furunkulöse und phlegmonöse Prozesse, vernachlässigte Dammrisse und geplatzte Hämorrhoidalknoten.

Auch im Anschluſs an wiederholte erysipelatöse Attacken kann es zu einer dauernden Verdickung und Volumvermehrung der betroffenen Teile kommen. („Oedema perstans".) Individuelle Verhältnisse spielen zuweilen für das Zustandekommen der Affektion auch eine Rolle.

Verfasser bespricht im folgenden ausführlich die Differentialdiagnose. Es kommen hierbei in Betracht das Ulcus molle, Produkte der Syphilis (Primäraffekt, ulcerierte Papeln, tertiäre Prozesse), Kankroid der Vulva, das tuberkulöse Geschwür der Vulva, der Lupus vulvae. Bei dieser Besprechung wird die einschlägige Litteratur eingehend berücksichtigt.

Die Prognose ist quoad vitam im allgemeinen günstig, ungünstig dagegen hinsichtlich der lokalen Ausheilung.

Was die Prophylaxis betrifft, so möchte Verfasser nach den neueren Erfahrungen vor einer totalen Exstirpation der Inguinalbubonen, wie sie in Breslau jahrelang geübt worden ist, in demselben Sinne, wie Riedel es gethan hat, warnen.

In therapeutischer Beziehung ist vor allem zu empfehlen, namentlich wenn es sich um das schwer zu heilende Ulcus vulvae handelt, die Patientinnen den vielen schädlichen Einflüssen, die fortdauernd auf sie einwirken, zu entziehen und zur peinlichsten Sauberkeit anzuhalten. Sodann kommen adstringierende und antiseptische Mittel, der Paquelin und der scharfe Löffel, endlich die operative Beseitigung der erkrankten Teile in Frage.

IV. **Ein Fall von erfolgreicher Arsenmedikation bei Hautsarkom,** von A. J. Pospelow-Moskau. Die 50jährige, durch ihre Familienverhältnisse hochgradig nervös gewordene Patientin konsultierte den Verfasser wegen einer Geschwulst an der Nase, welche bisher allen Heilversuchen getrotzt hat. Die Affektion begann vor einem Jahre mit einem roten, leicht elevierten Fleck, der im Januar 1894, ca. drei Monate später zu wuchern begann. Der Tumor wurde vom Verfasser als Sarkom erkannt und von einem Chirurgen excidiert. Nach ca. zwei Monaten stellte sich ein Recidiv ein. Die Geschwulst war jetzt gröfser, als der excidierte Tumor, fühlte sich derb an, war höckerig, bräunlich rot und etwas empfindlich. Die Neubildung begann sich, nachdem sie ziemlich rasch gewachsen war, zu disseminieren. Eine gleichartige, linsengroſse Geschwulst zeigte sich am linken Augenwinkel und eine andere, erbsengroſse an der linken Wange über Arcus zygomaticus. Die Nasengeschwulst nahm jetzt die halbe Nase ein. Die von Prof. Nikiforow vorgenommene mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückchens der Hautgeschwulst bestätigte die Diagnose. Es lag ein rundzelliges Sarkom des Coriums vor. Da von einer nochmaligen Operation ein dauernder Erfolg nicht zu erhoffen war, so wurde der Versuch mit Arsen gemacht. Die Patientin erhielt in steigender Dosis asiatische Pillen nach der Formel:

℞ *Acid. arsenic.* 0,5
Pulv. pip. nigr. 4,0
Pulv. gummos. arab. 10,0
Aq. dest. q. s. n. f. pil. No. 100
Consp. pulv. Lycopod.
DS. Von einer Pille täglich anfangend, alle fünf Tage um eine Pille steigend.

Nach einmonatlichem Arsengebrauch hatte sich die Geschwulst nur sehr wenig verändert. Die Verdauung war, als die Patientin bereits sieben Pillen täglich einnahm, nicht gestört, im Gegenteil hatte der Appetit sich gebessert, es war gegen die bisherige Gewohnheit regelmäfsiger Stuhlgang eingetreten; das Allgemeinbefinden war

besser, die Reizbarkeit geringer, die Gemütsstimmung gehobener und der Schlaf fester geworden. Nach sechswöchentlichem Arsengebrauch war die Nasengeschwulst bedeutend kleiner geworden, die Disseminationsknötchen der linken Wange waren kaum noch zu durchtasten. Das Knötchen am Auge war flacher und auf dem Wege der Rückbildung begriffen. Die Besserung machte weiter gute Fortschritte, die Knötchen waren gänzlich verschwunden. Der Nervenzustand war bedeutend besser geworden, als die Patientin im Januar 1895 an Influenza mit deutlich ausgebildetem Herpes zoster und Otitis media sinistra, verbunden mit heftigen Ohrenschmerzen, erkrankte. Da auch Fieber vorhanden war, so wurde das Arsen ausgesetzt. Erst nach vier Wochen war die Patientin vollständig von ihrer Influenza hergestellt. Während dieser Zeit begann die Nasengeschwulst allenthalben rasch zu wuchern. Die Patientin ging zur Erholung in ein wärmeres Klima und wurde angewiesen, ständig Arsen zu gebrauchen. Als Verfasser im August desselben Jahres die Frau wiedersah, war sie völlig gesund, das Sarkom war gänzlich geschwunden und nur eine leichte Hyperämie zurückgeblieben. Arsen hatte die Patientin bis Juni genommen und, in der Dosis absteigend, mit einer Pille aufgehört.

Verfasser will diesen Fall noch nicht als Ausheilung des Sarkoms ansehen, bis nicht eine längere Zeit ohne Recidiv verflossen ist. Er betont, dafs die Wirkung von Arsen sich nicht schnell geltend macht, und dafs man deshalb, wenn 2—3 Monate lang kein Erfolg sichtbar ist, die Flinte noch nicht ins Korn werfen soll. — Die Patientin hatte im Laufe von sechs Monaten 800 asiatische Pillen und 1,00 Sol. arsen. Fowleri verbraucht.

V. **Über Behandlung der Syphilis mit Jodquecksilberhämol**, von J. H. Rille-Wien. Die gegen die Syphilis intern gebrauchten Quecksilberpräparate sind durchgängig mehr oder weniger von unangenehmen Nebenwirkungen begleitet, die bald den Magen, bald den Darm oder die Mundschleimhaut treffen. Das von Prof. Kobert dargestellte Jodquecksilberhämol ist von solchen Quecksilbernebenwirkungen auch nicht freizusprechen, aber es weist dieselben seltener und niemals in hohem Grade auf. Neben seiner antisyphilitischen besitzt es auch eine tonisierende Wirkung; es enthält Jod und Quecksilber in Verbindung mit Eisen. Die Grundsubstanz, das Hämol, wird durch Schütteln von neutralem oder neutralisiertem Blut warmblütiger Tiere mit Wasser und Zinkstaub dargestellt. Es entsteht ein das Hämoglobin einschliefsender Niederschlag, der unter geeigneter Behandlung ein braunes, in Wasser nicht lösliches, fast geschmackloses Pulver, das Hämol zurückläfst.

Die gebräuchlichen Eisenpräparate werden nur zum geringsten Teile vom Darm resorbiert und durch den Harn ausgeschieden. Sie sind, wie einige Autoren nachgewiesen haben, nicht im stande, die normalerweise durch den Harn ausgeschiedene Eisenmenge von 1 mg zu steigern. Kobert jedoch führte eine 0,5 g Hämoglobin entsprechende Menge Hämol in den menschlichen Dickdarm ein und erzielte dabei eine Resorption von 50%.

Im ganzen wurden mit dem Jodquecksilberhämol 37 Patienten (15 Männer, 22 Weiber) behandelt, von denen sechs Fälle ausscheiden, weil das Mittel nur wenige Tage verabreicht worden war. Gewöhnlich wurde es in Pillenform nach folgendem Rezept verordnet:

℞ *Hämol. hydrargyr. jodat.* 10,0
Pulv. et Extr. Liquir. q. s. u. f. pil. No. 50.
DS. Dreimal täglich je zwei Stück nach dem Essen.

Verfasser teilt die Krankengeschichten einiger Fälle mit.

Wenn das Mittel auch die viel wirksamere Einreibungs- und Injektionskur, namentlich nicht die erstere, ersetzen kann, so wird es doch andererseits von keinem

der internen Merkurpräparate an Wirksamkeit übertroffen; gegenüber dem Ferrum jodatum besitzt es den Vorzug gröfserer Haltbarkeit. Das Jodquecksilberhämol dürfte bei mit Blässe der Haut, herabgekommenem Ernährungszustande einhergehenden, gleichwie mit Skrophulose kombinierten Syphilisfällen seine Hauptanwendung finden.

Wo es not thut, kann ein Zusatz von Opii pur. 0,8 zu obigem Rezepte gemacht werden. *C. Berliner-Aachen.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1895. Heft IV.

Als **Beitrag zur Kasuistik der primären Hautsarkomatose** beschreibt Filleti die Krankengeschichte eines 32jährigen Mannes, bei dem zuerst auf dem linken Handrücken, dann an verschiedenen anderen Stellen des ganzen Körpers Tumoren auftraten, die nach Ausschlufs anderer allenfalls in Betracht zu ziehender Affektionen (Syphilis, Malleus, Lupus, Aktinomykose, Mykosis fungoides) als Sarkome erkannt wurden, welche als ganz kleine Knötchen im Unterhautzellgewebe oder in der Dicke der Cutis ihren Ausgangspunkt genommen hatten. Die Tumoren blieben zunächst lange auf eine Extremität lokalisiert, gingen zum Teil in Ulceration über, um dann entweder spontan oder nach Anwendung von Causticis zu vernarben. Einzelne Tumoren verschwanden auch spontan, ohne jemals zu recidivieren, andere wurden chirurgisch entfernt und erschienen auch nicht wieder. Die allgemeine Therapie bestand in subkutanen Injektionen von Fowlerscher Lösung und hatte den besten Erfolg.

Die Affektion tritt gewöhnlich unter zwei Typen auf: als erster gilt der Typus von Kaposi mit dem Auftreten der Tumoren voraufgehender Verdickung (hartes Ödem) an affizierten Randstellen und meist symmetrischer Verteilung der Neubildungen. Der zweite Typus charakterisiert sich durch das Auftreten von Tumoren im Unterhautzellgewebe, welche bald mit der Haut verwachsen und weinrote Farbe annehmen; histologisch lassen sie sich als globocelluläre Sarkome definieren. Der beschriebene Fall zeigte nun einerseits verschiedene Berührungspunkte mit diesen beiden Typen, während er in anderen Punkten als eine eigene Varietät zu betrachten ist, wie dies aus den angeführten Symptomen des Falles hervorgeht. Im ganzen näherte er sich jedoch mehr dem zweiten Typus.

Beitrag zur Kasuistik der voluminösen Tumoren in den ersten Lebensjahren, von Carini. Das 8jährige Kind kam auf die Abteilung mit der Diagnose eines kalten Abscesses der Inguinoglutealgegend. Der ca. 34 cm lange und 26 cm breite Tumor breitete sich von der Inguinalfalte und der vorderen Darmbeingegend bis gegen die Mitte des Oberschenkels aus. Die Haut über dem Tumor war zum Teil normal, zum Teil braunrot verfärbt, mit einzelnen Narben. Es wurde ein Lipom diagnostiziert, was durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde, wobei es sich zeigte, dafs sich der Tumor zwischen die Muskelmassen hineingearbeitet und auf das Periost, sowie die Gelenkkapsel hinübergegriffen, was zu Funktionsstörungen des Gliedes geführt habe. Stellenweise waren harte, verkalkte Stellen nachweisbar; zum Teil war eine myxomatöse Degeneration eingetreten.

Philippson giebt die ausführliche Beschreibung **eines typischen Falles von Mykosis fungoides mit Lokalisationen in den inneren Organen:** Pseudoleukämie in den Lymphdrüsen, den Tonsillen, der Leber und der Milz. Die Dauer der ganzen Krankheiten, vom Auftreten der ersten Erscheinungen (bei einem kräftigen, bisher ganz gesunden Mannes) bis zum Exitus, betrug 16 Monate.

Über die syphilitischen Dermatosen, von H. Mantegazza. Unter den syphilitischen Erythemen entsprechen diejenigen, welche wegen ihrer Entstehungsweise,

ihrer Färbung und Figuration mehr auf Störungen infolge einer Intoxikation, als einer lokalen Wirkung des Giftes zurückzuführen sind, auch geringfügigen anatomischen Veränderungen.' Den anderen, welche bereits auf eine beginnende Lokalisation des Giftes in der Haut hinweisen, entsprechen auch Strukturveränderungen, die, wenn auch vorgeschrittenener Natur, bereits einen Beginn an bei der Papel konstatierten Veränderungen zeigen.

Bei den lentikulären Papeln ist die Zellinfiltration bald eine sehr beträchtliche, bald (bei älteren Individuen) nur schwach ausgeprägt, während die Bindegewebshyperplasie ausgesprochener ist. Im ersten Fall ist denn auch die auflösende Wirkung des Quecksilbers eine raschere und eingreifendere. Riesenzellen sind nicht konstant und finden sich mehr im Resolutionsstadium der Papeln.

Die **lichenoiden Papeln** wandeln sich in feuchte Gebilde um, welche in anatomischer Hinsicht zu den Pusteln zu zählen sind. Hier findet man viel früher, als bei den lentikulären Papeln, jedoch auch meist erst im Resolutionsstadium zahlreiche gruppierte Riesenzellen.

Der Sitz der bei der **syphilitischen Akne** konstatierten Veränderungen ist tiefer gelegen, als bei den beiden erstgenannten Efflorescenzen. Es handelt sich meist um subepidermale Pusteln mit eiterigem Inhalt, oder um wirkliche Cutisabscesse. Auch hier kommen, wenn auch nicht so häufig, Riesenzellen vor. Eiterkokken wurden in solchen Herden vielfach nachgewiesen.

Das Vorhandensein von Riesenzellen unter den angegebenen Verhältnissen spricht dafür, dafs dieselben nicht unter dem direkten Einflusse des syphilitischen Giftes stehen, sondern dafs sie als ein sekundäres pathologisches Produkt anzusehen sind, das sich während der Umwandlung der Zellinfiltrate bei der Resorption ausbildet. Man findet sie denn auch um so häufiger, je weniger resistenzfähig die normalen Gewebe und je schwerer die daraus resultierenden anatomischen Veränderungen sind.

Das Ulcus venereum serpiginosum, von J. B. Frocco. Die Untersuchungen des Verfassers führen ihn zu folgenden Schlufsfolgerungen: Das chronische serpiginöse Ulcus molle unterscheidet sich klinisch, mikroskopisch und experimentell vom Lupus der Genitalien. Ebenso ist es verschieden von der phagedänischen Form, welche sich mehr dem gangränösen Ulcus molle nähert, während das Ulcus molle serpiginosum einen höheren Entwickelungsgrad des Ulcus venereum darstellt. Histologisch zeichnet es sich zunächst aus durch eine periversale Infiltration der tiefen und mittleren Cutisschichten (mit Gefäfsveränderungen und Hämorrhagien) mit Ausbildung einer Art von Acanthosis in der Epidermis; dann entwickeln sich in der Tiefe des Gewebes, ausgedehnte unregelmäfsige Infiltrate, später Infiltration der Papillen, punktförmige interpapilläre Hämorrhagien, Vakuolisationen der Epidermis und Koagulationsnekrosen in diesen Geweben. Vorherrschend sind in den Infiltraten die Unna-schen Plasmazellen, welche jedoch nirgends eigentliche Plasmome bilden. Das elastische Gewebe widersteht am längsten der Zerstörung, ebenso bleiben in den Tiefen die Knäueldrüsen erhalten. In den oberflächlichen Schichten findet man zwischen den nekrotischen Partien reichliche pyogene und proteusartige Mikroorganismen; tiefer konstatiert man Diplokokken, welche, auf weifse Mäuse inokuliert, Septikämie erzeugen, sich kultivieren lassen, aber rasch ihre Virulenz verlieren. Besonders an den Grenzen der Infiltrate kommen reichliche Mengen der spezifischen Bacillen des Ulcus molle (Ducrey-Unna) vor. Gegenüber der Therapie (Einwirkung von Wärme, resp. Hitze) verhält sich das serpiginöse Geschwür wie das Ulcus molle

Breda teilt einen Fall von **Framboesia brasiliana (Bouba) der Augenlider** mit, von welcher Affektion er bereits an anderer Stelle (*Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.* 1895. H. II.; *Monatsh.* Bd. XXII. No. 3) eine Beschreibung gegeben hat.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Toxizität des Urins von Leprösen, von E. Thorel. Diese an Kaninchen vorgenommenen Untersuchungen führten zu folgenden Resultaten:

1. Kein Unterschied in den Erscheinungen nach endovenöser Injektion von normalem oder von leprösem Urin.

2. Der Urin von Leprakranken ist demnach weder mehr, noch weniger toxisch als der normale oder als anderer lepröser Urin aus einem mehr oder weniger vorgerückten Stadium der Krankheit.

3. Auf die Wirkung der endovenösen Urininjektionen üben einen Einfluß aus eiterige Prozesse, die Art und Weise, wie erstere vorgenommen werden, und die individuelle Resistenzfähigkeit der Tiere.

Vanghetti beschreibt einen **kleinen Skarifikator mit drehbaren Schneiden.** An dem Instrumente sind fünf Schneiden (von der Form eines Gewehrkugellängeschnittes) angebracht, von denen aber leicht durch einfaches Drehen einer Schraube, welche die fünf Schneiden zusammenhält, eine beliebige Anzahl ausgeschaltet werden kann. *C. Müller-Bern.*

Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten.

Herausgegeben von P. G. Unna, Malcolm Morris, H. Leloir und L. A. Duhring.

Heft 9—12. (Leopold Voss - Hamburg.)

Das prachtvolle und in seinen Zielen wie in seiner Ausführung einzig dastehende Illustrationswerk *„Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten"* hält auch in seinen hier zu besprechenden Lieferungen das, was die früheren verheißen haben, und bietet deshalb eine Fülle von Belehrung. Wer bei einem Hautleiden in Verlegenheit kommt, wohin es zu rubrizieren ist, oder ob es überhaupt in eine der bekannten Krankheitsgruppen paßt, der wird sich hier manches Mal Rat suchen müssen und ihn auch oft finden. Sehr viel trägt gerade der internationale Charakter zur Bedeutung des Werkes bei, da einerseits über die Bezeichnung und dementsprechend über die Systematisierung bei den Gelehrten der verschiedenen Nationen die Ansichten auseinandergehen, andererseits manche Leiden nur territorial sehr beschränkt vorkommen und durch den Atlas erst zur Kenntnis in anderen Gegenden gelangen. Der Atlas ist eigentlich ein Vorbild für alle wissenschaftlichen Unternehmungen. Da es keine nationalen Wissenschaften geben kann, da nur bei Chauvinisten eine Wissenschaft an den Grenzen ihres Landes Halt macht, sollte eigentlich jedes wissenschaftliche Werk in allen Weltsprachen gleichzeitig erscheinen. Welch gewaltiger Fortschritt würde das für die Wissenschaft sein! Aber leider ist das heute, trotzdem die Kultur au fin du XIX. siècle in allen Tonarten gepriesen wird, noch ein pium desiderium, das voll zu erfüllen das kommende Jahrhundert hoffentlich nicht verabsäumen wird. Heute sind wir schon froh, wenn wir eine kleine Probe zu sehen bekommen, und eine solche ist der vorliegende Atlas. Treten wir nun in die Besprechung der vorliegenden Lieferungen ein:

Heft IX.

No. XXVI. **Über eine besondere Form des Pemphigus malignus,** von V. Babes. Die mehr oder weniger ausgedehnten Pemphigus-Blasenausschläge sind wohl als Wirkung verschiedener Ursachen aufzufassen. Einzelne auffallende Formen von umschriebenen, von infektiösem und variolösem Pemphigus werden angeführt. Die beiden Fälle, die hier abgebildet werden, sind folgende:

I. Fall. Ein Mann leidet an Rheumatismus articulorum; am zehnten Tage bricht unter Fiebererscheinungen ein Blasenausschlag im Mund und Gesicht aus, der sich auf die Genitalien, Extremitäten und den Thorax ausbreitet. Im Munde nimmt der Ausschlag

einen gangränös-hämorrhagischen Charakter an mit Bildung croupöser Pseudomembranen. Auffallend ist, daſs der Ausschlag sich genau den Nerven in ihren Verzweigungen und Endigungen anschlieſst, so daſs der trophoneurotische Charakter zweifellos war. Ein kleiner, für Mäuse septischer Bacillus, der in der Mundschleimhaut und den inneren Organen gefunden wurde, spielten neben dem Staphylococcus aureus dabei wohl auch eine Rolle. Die Obduktion ergab folgende Diagnose: Pemphigus malignus generalisatus mit stärkeren Herden im Munde, woselbst er einen gangränösen Charakter besitzt, in der Geschlechtsgegend, auf den Handflächen und Fuſssohlen. Nekrotische Herde in den Lungen. Septikaemia haemorrhagica.

II. Fall. Auch hier handelt es sich um einen tödlich endenden Pemphigus der Mund-Rachenschleimhaut und der äuſseren Haut. Auch fällt die Regelmäſsigkeit und Symmetrie in der Anordnung der Blasen auf, die den Hautnerven, besonders in der Geschlechtsgegend und den Extremitäten folgen, ähnlich wie manche Herpesformen. Die Haut über den Blasendecken ist mit diphtherischen Pseudomembranen bedeckt. Das Leiden ist nach Verfasser sicher trophoneurotischen Ursprungs, an der Malignität ist die Ansiedelung der Strepto- und Staphylokokken, sowie eines dem Diphtherieerreger ähnlichen Bacillus, der gefunden wurde, schuld.

No. XXVII. 1. **Eine seltene Form von Keratodermie: „Porokeratosis“**, von Vittorio Mibelli. Ein junger Mann zeigt an den Streckseiten der Hände, am Unterarm, im Gesicht eine Affektion, die zum Teil umschriebenen warzenartigen Gebilden entspricht. Diese ragen wenig hervor, sind flach, hornig, rauh, von einem etwas erhabenen groſsen Saum umgeben. An anderen Stellen, Hand, Unterarm sind es zusammenhängende Plaques mit etwas eingesunkener, trockener, schuppenfreier, rauher Mitte und einem peripheren Wall. Am rechten Handrücken befindet sich eine gröſsere Stelle, die sich streifenförmig bis über das Olekranon fortsetzt. Die Haut ist durchweg glatter, zarter als die Umgebung und frei von jedem Haar. Der ganze Streifen hat einen Grenzwall, der ebenso beschaffen ist, wie die Ränder der Plaques. Das Leiden begann im zweiten Lebensjahre, schritt anfangs langsam, dann in der Pubertät schneller vorwärts. Ganz wieder spontan geheilt ist nur eine Stelle. Subjektive Beschwerden waren nie vorhanden. Der Patient kam wegen sekundärer Lues in Behandlung. Das Mikroskop ergiebt: Hyperkeratose, atrophisches Herabsteigen der Hornschicht (Unna), besonders deutlich an der Durchtrittsstelle der Schweiſsporen. Diese sind die Ausgangspunkte der Hornwucherung. Der Fall reiht sich den Fällen von „Ichthyosis cornea partialis“ oder, soweit der Unterarm affiziert ist, von „Naevus linearis verrucosus“ an. Verfasser bezeichnet ihn mit Rücksicht auf den mikroskopischen Befund als „Porokeratosis“.

XXVII. 2. **Psoriasis conjunctivae palpebrarum (Psoriasis ophthalmica)**, von Arnold Sack. Ein mit generalisierter, nummulärer Psoriasis behafteter Patient zeigt an einem Unterlide einen psoriatischen Fleck, der sich direkt auf die Conjunctiva fortsetzt. Der Ciliarrand ist leistenförmig verdickt. Die erkrankte Bindehautstelle ist über das Niveau der umgebenden Haut erhaben, halbkreisförmig begrenzt, gelblichrot, oberflächlich unbedeutend zerklüftet; sie fühlt sich wenig resistent an. Die Stelle wurde durch Excision entfernt. Das Mikroskop ergiebt: Epithel, stark verdickt, glatt, ohne Papillen, stellenweise mit faseriger Membran belegt, Zapfen in die Tiefe sendend; stark infiltriertes submuköses Gewebe. (Die makroskopische Abbildung ist nicht sonderlich instruktiv, die mikroskopische dagegen gelungen.)

XXVIII. **Akrokeratoma hystriciforme hereditarium**, von Pierleone Tommasoli. Eine 66jährige Tagelöhnerin, deren Mutter und Groſsmutter ähnliche Affektionen gehabt haben sollen, datiert den Beginn ihres Leidens von der Menopause ab. Dieselbe ist langsam vorgeschritten, nur durch interkurrente entzündliche

Prozesse zeitweilig beschleunigt, die angeblich unter Einwirkung des Sonnenlichtes sich einstellten. Im Gesichte sieht man ichthyosisähnliche Veränderungen, ebenso an den Streckseiten der Arme. An den Händen findet man die Haut im Zustande einer tiefgehenden Atrophie; dazwischen findet man hornige Gebilde, ähnlich wie bei der Ichthyosis hystrix, ohne jede Injektion in der Umgebung, ohne jede subjektive Beschwerde und ohne Störung der Schweifssekretion. An den Füfsen ist die ganze Fufssohle in eine harte, festsitzende, schwarze Hornmasse, wie in einen Pantoffel eingehüllt. Das Mikroskop ergiebt an den Händen Hornfelsen, angeordnet entsprechend den Hautfurchen, aufgelagert auf grofsen Papillen.

Verfasser will diesen Fall an den Fällen Besniers, Unnas, Brookes, Hallopeaus, Neuburgers, Azuas und H. Hebras abgegrenzt wissen und führt das Leiden auf Autointoxikation zurück. (Bei der Ätiologie vermisse ich eine Berücksichtigung der anamnestischen Angaben über die schädliche Einwirkung der Sonnenstrahlen. Wenn Verfasser übrigens von einer „Epidermitis" spricht, so halte ich das für unberechtigt. Die Epidermis kann sich wohl nicht selbst entzünden, entzündliche Veränderungen in derselben sind doch stets nur Folgen einer Entzündung des Papillarkörpers, resp. des Coriums. Ref.)

Heft X.

XXIX. **Perifolliculitis necrotica**, von V. Janovsky. Das Leiden des 38jährigen Patienten begann vor acht Wochen mit dem Auftreten von linsengrofsen Knötchen in den beiden Unterkiefergegenden. Sodann entstanden in der Umgebung kleinere Infiltrate, die konfluierten und perforierten. Man findet die Haut beiderseits am Unterkieferrand stark, teilweise nicht verschiebbar; auf der Höhe ein kraterförmiges sinuöses Geschwür mit starren, teils steilen, teils unterminierten Rändern; Sekretion eines stark mit nekrotischen Gewebsfetzen gemischten Eiters. Peripher sind einige Geschwüre apponiert. Daneben findet man follikuläre Infiltrate, teils um ein Haar, teils unabhängig von einem solchen, die im Zerfall begriffen sind. (Das Bild ist sehr hübsch; die Differentialdiagnose wird vermifst. Ref.)

XXX. **Milium congenitale (en plaques)**, von H. Radcliffe Crocker. Im Jahre 1879 wurde dem Verfasser ein Kind von sechs Wochen gezeigt, das vor dem Ohre, am Halse, am Hinterkopfe grofse Flecke von verschiedener Gröfse zeigte. Die Farbe derselben war eine gelblich-rötliche, an Intensität aber unter Einfluss des Schreiens und der Temperatur sehr wechselnd. Die Oberfläche war zart granuliert, bestand aus dicht zusammengedrängten, minimalen, blafsgelben Papeln; das Ganze war völlig unbehaart, wenig erhaben, der Rand scharf, besetzt mit Komedonen. Diese Affektion war kongenital, jedoch sollen die Flecke früher höher gewesen sein; die Ausdehnung hat sich nicht verändert. Eine zur Ergründung der Natur des Leidens damals eingesetzte Kommission dachte an die Möglichkeit, dafs es sich um hereditäre Lues handelte. Das Mikroskop ergab: Vermehrung des Bindegewebes, Atrophie der Haarzwiebeln und Talgdrüsen, Abschnürung von Teilen der letzteren. Vor kurzem kam nun ein gleicher Fall, wenn auch nur mit einem wenig ausgedehnten Flecke vor dem linken Ohre, zur Beobachtung. Hier war eine kongenitale Syphilis sicher auszuschliefsen. Verfasser nimmt an, dafs sich eine Chorioritis foetalis in diesen Fällen abgespielt habe, die miliumartigen Gebilde die Reste der sich anschliefsenden Atrophie seien.

XXXI. 1. **Sklerodactylia annularis ainhumoides**, von E. v. Düring. Bei einem sechsjährigen Knaben entstanden unter den Erscheinungen einer recidivierenden Erythromelalgie Schwellung zuerst am Mittelfinger, dann an den übrigen Fingern, woran sich ein vollkommener Schwund der Endphalangen anschlofs. Sechs bis acht Jahre später fand man Knochen an den Fingern verdickt, Weichteile sklerosiert; die

letzten Phalangen von vier Fingern vollständig resorbiert; um die zweite Phalange des rechten Zeigefingers ein sklerosierter Ring; die Nägel der resorbierten Phalangen zu kleinen Hornplättchen geschrumpft. Sensibilität normal. Kein Zeichen von Lepra.

XXXI. 2. **Asphyxia reticularis multiplex**, von P. G. Unna. Bei einer 40jährigen Frau mit ichthyosisähnlicher Beschaffenheit der Haut findet sich folgender Zustand: Ringförmige, periphere Alopecie, derbe Schwellung und bläulich-rote Färbung der Stirn; Ödem der Unterschenkel; ödemähnliche Beschaffenheit der ganzen Haut. An zahlreichen Stellen seichte, schmerzhafte, unregelmäfsig konturierte Geschwüre, dazwischen milchweifse Narben. In ihrer Umgebung netzförmig angeordnete, blaugraue bis blauviolette Streifen; die Geschwüre stets lokalisiert an Knotenpunkten dieses Netzes, Fistel am linken Daumenballen. Innere Organe, Harn normal. Das Leiden hat sich, an der Stirn beginnend, in drei Jahren allmählich entwickelt. Die Therapie erzielte hauptsächlich mit Hülfe von Ichthyol und Zinkleimverbänden eine erhebliche Besserung. Das Mikroskop ergiebt verbreitete entzündliche Gefäfsveränderungen, allgemeine venöse Blutstauung, Stase an Stelle der blauen Flecke, zunächst nur mit Austritt von Hämoglobin. Nekrose der Stachelschicht und eines Teiles des Papillarkörpers, vorausgehend der Ulceration; entzündliche Wucherung der Knäueldrüsen mit cystadenomähnlichen Bildungen in ihren Gängen. Verfasser bezeichnet diese universelle venöse Stauung mit multipler Nekrose der Haut mit Asphyxia reticularis multiplex.

Heft XI.

XXXII. **Mykosis fungoides** (?) von P. J. Thomson. Bei einem 14jährigen Mädchen hatte sich am Kreuz, an den Nates, an den Oberschenkeln aus kleinen erhabenen Stellen durch Konfluenz eine ausgedehntere Affektion in sieben Monaten entwickelt. Am Kreuz sieht man, etwa $^1/_3$ cm über die Umgebung, erhabene, elastische Flecke mit kreisförmigen Grenzlinien schmetterlingsflügelartig ausgebreitet, von schiefergrauer Farbe, bedeckt mit dicken, silberweifsen Schuppen; die umgebende Haut normal; einzelne Stellen etwas exkoriiert. Die anderen Flecke sind von ähnlicher Beschaffenheit. Die Affektion bildet sich unter Ichthyolbehandlung zurück. Das Mikroskop ergiebt starke Wucherung der Bindegewebszellen als wichtigstes. Auffallend sind mit kleinen runden Körnchen vollgestopfte Hohlräume an der Oberfläche der Neubildung. Durch Züchtung wurde ein kleiner Coccus in Reinkultur gewonnen. Verfasser würde für die beste Bezeichnung halten: Mykosis tuberosa et pigmentosa. (Es erscheint doch die Diagnose „Mykosis" mehr als zweifelhaft. Ob es sich nicht doch um eine eigenartige Form von Psoriasis handelt? Ref.)

XXXIII. **Lupus tuberculosus und kleinpapelige Hautsyphilide**, von Petrini-Galatz. Ein 22jähriger, sehr tuberkulöser Patient zeigt das Bild eines alten, ausgebreiteten Lupus und daneben ein diffuses, kleinpapulöses Syphilid als erste Äufserung der sekundären Syphilis ohne Roseola, ohne jede Polymorphie. Behandlung mit Hydrargyrum tannicum und

Syr. ferr. jodati	150,0
Natr. chlorat.	15,0
Glycerin.	50,0
Solut. Fowleri gtt. L.	

Daneben energische und erfolgreiche Lokalbehandlung des Lupus.

XXXIV. **Eine seltene Form von Angioma serpiginosum**, von Alfred G. Francis. Ein neugeborenes Kind zeigt ein Feuermal an der Plantarfläche und an dem äufseren Rande des rechten Fufses; dasselbe ist gleichmäfsig bläulichrot gefärbt, die Farbe ist bis auf einzelne Punkte wegdrückbar. Drei lineäre Feuermale sind am Oberschenkel sichtbar. Mit der Zeit entsteht durch Auftreten neuer Flecke und

Ausbreitung derselben ein streifiger Naevus angiomatosus vom Trochanter major der Aufsenseite des Beines entlang bis zur Fufssohle. Das Auftreten neuer Flecke, die strichförmige Verteilung charakterisieren die Besonderheit dieser Affektion.

Heft XII.

XXXV. **Ein Fall von Neuroma cutis dolorosum,** von Louis A. Duhring. Ein alter, sonst gesunder Mann zeigte an dem linken Oberarm und auf der Schulterblattgegend eine sehr grofse Zahl dicht gedrängter, zum Teil konfluierter Knötchen; die Haut über denselben war rosarot oder violett, veränderte sich bei Hitze und Kälte und bei den Schmerzanfällen, indem starke Hyperämie eintrat. Die Haut über den Knötchen zeigte eine geringe Schuppung. Die Schmerzanfälle wiederholten sich mehrmals täglich, hielten etwa eine halbe Stunde an, wurden oft hervorgerufen durch kalte Luft und durch Witterungswechsel. Die Schmerzen strahlten bei heftigen Paroxysmen aus nach Brust, Hals, Kopf und waren oft ganz unerträglich. Resektion des Plexus brachialis schaffte nur für ein halbes Jahr Linderung. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Neuroma amyelinicum, frei von fibrillärem Bindegewebe und von glatten Muskelfasern.

XXXVI. XXXVII. **Strichförmige Hauterkrankungen der unteren Extremitäten,** von Julius Heller. Diese beiden Tafeln bringen eine Zusammenstellung von fünf Fällen strichförmiger Hauterkrankungen der unteren Extremitäten, darunter ein Fall von Heller, zwei von Unna-Philippson. Daneben findet man auf ihnen die Lymphgefäfse der unteren Extremität und die Voigtschen Grenzlinien abgebildet.

I. Fall. Im Anschlufs an eine Verletzung am inneren Malleolus, bei der nur klare, unblutige Flüssigkeit in gröfserer Menge austrat, bildete sich ascendierend eine strichförmige Veränderung, welche an der Innenfläche des Beines bis zum Foramen ovale aufstieg und aufserdem die entsprechende Penishälfte betraf. Die Haut war stark pigmentiert, zum Teil trocken schuppig, zum Teil pustulös, zum Teil — am Penis — nässend. Das Leiden entwickelte sich unter Fiebererscheinungen in zwölf Tagen, heilte dann in weiteren vier Wochen. Vom Knie ging ein kurzer Seitenstrang nach oben parallel ab. Verfasser führt die Affektion auf die Lymphbahnen zurück, deren Entzündung sich nach oben fortpflanzte und die Hautanomalien bewirkte.

II. Fall (von Unna-Philippson). Ein $5^1/_2$jähriges Mädchen erkrankte im zweiten Lebensjahre an der noch bestehenden Affektion, die an der rechten Hinterbacke begann, descendierend an der inneren Seite des Beines bis zum Malleolus internus, von da über die Ferse längs des äufseren Fufsrandes bis zur kleinen Zehe streifig sich fortpflanzte. Die erkrankte Hautstelle ist rötlich oder gelbbraun, rauh, schuppig, borkig, stellenweise mit Hornkegeln besetzt. Mikroskopisch findet man als besonders bemerkenswert die Kapillaren und Lymphgefäfse sehr erweitert. Dieser Fall ist sicher nicht mit den Lymphbahnen in Zusammenhang zu bringen. Die Ausbreitung bringt Philippson mit den Voigtschen Grenzlinien in Verbindung.

Daran reiht sich zunächst der

IV. Fall von Frank Shearer. (*Glag. med. Journ.* 1885.) Von der Kniekehle ausgehend, breitete sich eine streifenförmige, juckende Hautaffaktion nach der Hinterbacke und nach dem Fufs an der Innenseite entlang. Am Fufse geht sie nach der äufseren Seite über. Die Haut ist verdickt, tief gefurcht, rotfleckig, oder schuppig, resp. borkig; bronzefarbige Linien begrenzen die kranke Stelle. Shearer fafst das Leiden als ein den Nerven folgendes Ekzem auf.

III. Fall (Unna-Philippson). Ein 11jähriges Mädchen zeigt ein seit seiner Geburt bestehendes, sich weiter ausbreitendes Hautleiden, ausgehend von roten Flecken, am Knie beginnend. Die Affektion geht der Aufsenseite des rechten Oberschenkels entlang, vereinzelte Stellen finden sich an der Hinterbacke, am Perineum, am Ober-

schenkel. Die Haut ist schmutzig-graubraun verfärbt durch Hornkegel und Hornschuppen.

V. Fall (von Neumann). „Naevus papillaris neuroticus". Ein neugeborenes Kind zeigt am rechten Bein, an der Fufssohle, am Fufsrücken, am Perineum und an der rechten Hinterbacke mattweifse Wucherungen in Linien und Streifen, warzenförmige, spitze und flache Papillarhypertrophien, die zum Teil später schwanden. Die Gebilde schlossen sich dem Nervenverlaufe an.

So viel geht aus den zusammengestellten Fällen hervor, dafs die strichförmigen Erkrankungen der unteren Extremität nicht einheitlich erklärt werden kann. Ebensosicher, wie einmal die Lymphgefäfse die Verbreitung bedingen, ebensosicher kann in anderen Fällen nachgewiesen werden, dafs sie keine Bedeutung für die Affektion haben.

Dieses die Inhaltsangabe der vorliegenden Lieferungen, die aber nur anregen soll, die Illustrationen zu studieren, die in erster Reihe die Bedeutung des jedem Dermatologen unentbehrlichen Werkes bedingen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beiträge zur Dermatologie und Syphilis.

Festschrift, gewidmet Georg Lewin zur Feier seines 50jährigen Doktorjubiläums am 5. November 1895.

(Mit Textabbildungen und 9 Tafeln. Berlin 1895. S. Karger.)

Eine Reihe von Schülern und Freunden haben sich zusammengethan, um dem verdienten Gelehrten, Georg Lewin, bei seinem Jubelfeste eine wissenschaftliche Gabe darzubringen, welche 21 Arbeiten umfafst. Im folgenden soll über dieselben im Zusammenhange berichtet werden:

1. **Syphilophobie**, von Theodor Benda. Die Syphilophobie wurde zuerst von Ricord 1848 als „die übelste Form der Hypochondrie" beschrieben. Dieselbe ist danach ein hypochondrisch-melancholischer Zustand, bei welchem die Syphilis den Hauptinhalt der von lebhaftem Angstgefühl beherrschten Vorstellung ist. Die Syphilophobie wird beobachtet bei Luetischen, bei solchen, die es zu sein glauben, und als Teilerscheinung psychopathischer Zustände. Es sind nicht organische Veränderungen im Nerven- oder Blutsystem als Folgen der Syphilis, welche zur Syphilophobie bei Luetischen führen. Meist sind es neurasthenisch beanlagte Individua, die der Syphilophobie anheimfallen. Es können aber auch gesunde, nicht hereditär disponierte Individua durch den Charakter der Syphilis, durch Gewissensregungen etc. in einen Seelenzustand geraten, dafs sie zu Syphilophoben werden. Es giebt also, wie Verfasser sich ausdrückt, eine Syphilophobie auf physiologischer Basis. Dieser physiologische Seelenzustand kann aber in einen pathologischen übergehen. Es entsteht eine Psychose, deren ätiologisches Moment die Syphilis ist, wie etwa Liebesgram, finanzielle Verluste etc. es in anderen Fällen sind.

Jedenfalls ist die Syphilophobie keine einheitliche Erkrankung und deshalb von sehr verschiedenem nosologischen Wert. Sie tritt, so resumiert der Verfasser, bei luetischen Individuen auf als Symptom einer Hypochondrie, erwachsen auf einer originären oder durch die Syphilis erzeugten Neurasthenie. Sie kann auch zu Zwangsvorstellungen führen bei niemals luetisch gewesenen degenerierten Menschen. Sie tritt psychologisch motiviert auf als seelische Verstimmung bei aufgeklärten, ernstdenkenden Menschen, die infiziert sind oder es zu sein glauben, und kann den Weg zu geistiger Störung bahnen. Sie tritt auch als Vorläufer schwerer organischer Harnleiden auf.

Eine berechtigte Form der Syphilophobie ist die Furcht vor der Syphilis überhaupt; diese Furcht müfste mehr verbreitet werden, um eine Abnahme dieses furchtbaren Leidens zu erzielen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

2. **Die Diätetik bei den Dermatosen**, von Brocq. In Anbetracht des mangelhaften Eindruckes, den die wiederholten Auslassungen des Verfassers über diese Frage auf die Ärzte, speziell die Dermatologen, gemacht, kommt Verfasser hier nochmals auf dieselbe zurück. Wenn zwar ein unmittelbarer Einfluſs gewisser Speisen (Muscheln, Meerfische, Erdbeeren etc. etc.) auf die Haut (Urticaria, Erytheme) so ziemlich allgemein angenommen wird, ist das Gegenteil der Fall für diejenigen Stoffe und Nahrungsmittel, welche erst nach längerer Zeit und nach wiederholtem Genuſs ihre schädliche Wirkung speziell auf die Haut ausüben. Unter den Dermatosen, welche auf diese letztere Weise entstehen, zählt er auf den Skorbut die Hautveränderungen bei der Pellagra, beim „Arthritismus", beim übermäſsigen Genuſs von Kaffee, Thee, Kola etc. Von gröſstem Einflusse beim Auftreten dieser Hautveränderungen sind die Lebensweise, das Klima, Ortsveränderungen, die Rassenverhältnisse, hereditäre Prädisposition (Nervosität, Arthritismus). B. tritt dann der irrtümlichen Ansicht entgegen, daſs die parasitären Hautaffektionen (Acne pustulosa, Eccema seborrhoicum) einer ausschlieſslich lokalen, antiparasitären Therapie bedürfen, indem nach seiner Ansicht zur Entstehung derselben nicht allein das Vorhandensein eines Mikrobions, sondern auch ein für dieses letztere günstiger Boden notwendig sei. Es folgen dann eine Reihe spezieller Angaben für die einzelnen Fälle, wie sie in seinem Lehrbuche ausführlich behandelt sind. *C. Müller-Bern.*

3. **Über Gonokokkenbefunde beim Weibe**, von Paul Gauer. Verfasser hat bei 176 weiblichen Personen, nicht nur Puellis publicis, der Lewinschen Abteilung Gonokokkenuntersuchungen vorgenommen, sich dabei meistens auf die Urethra beschränkend. Das Material wurde mit dem Löffel von einem anderen Arzte entnommen und dann sorgfältigst mikroskopisch untersucht. Gefärbt wurde nach Löffler, in zweifelhaften Fällen nach Gram-Steinschneider-Galewski. Die Ergebnisse sind:

Bei 27 Kranken fand man im Vaginalsekret dreimal Gonokokken; stets waren diese gleichzeitig in der Urethra vorhanden. Bei 32 Kranken wurde Cervix und Urethra untersucht; man fand Gonokokken nur im Cervix bei 4, in Cervix und Urethra bei 4, in Urethra allein bei 7. Von den 176 Fällen mit ausschlieſslicher Untersuchung der Urethra ergaben 53 Gonokokken. Die einmal untersuchten Fälle ergaben 53 Gonokokken. Die einmal untersuchten Fälle ergaben in 18,8%, die wiederholt untersuchten in 37,6% Gonokokken. Die mehrmalige Untersuchung ist sowohl für die Diagnose, wie für die Therapie wichtig. Die Entnahme des Sekrets muſs am Morgen, vor therapeutischen Maſsnahmen geschehen; die Prostituierten müssen zwei Stunden vorher im Untersuchungszimmer beobachtet werden, damit sie nicht vorher urinieren, um den Arzt zu täuschen. Das Verhältnis der klinischen Diagnose zum unabhängig aufgenommenen bakteriologischen Befunde giebt folgende Tabelle wieder:

Klinische Diagnose	Bakteriologischer Befund	
	Gonokokken vorhanden	Gonokokken nicht vorh.
Fluor 140	48	92
Urethritis 39	19	20
Syphilis ohne Blennorrhoe . . . 16	6	10
Syphilis und Fluor 53	12	41

Der Verfasser hält die Gonokokkenuntersuchung für ein wichtiges Hilfsmittel für Diagnose und Therapie, bezweifelt aber, ob sie bei der sittenpolizeilichen Kontrolle

durchführbar ist, solange nicht eine der Schwierigkeit der Untersuchung entsprechende Zahl von Ärzten zur Verfügung steht.

4. **Über ein der Polyneuritis mercurialis (Leyden) ähnliches, experimentell bei Kaninchen erzeugtes Krankheitsbild**, von Julius Heller. (Vorläufige Mitteilung.) Letulle hat durch Tierversuche die schädliche Wirkung des Quecksilbers auf die peripheren Nerven nachgewiesen, er hat aber kein Krankheitsbild erzeugen können, das der Polyneuritis mercurialis entspricht, wie sie Leyden jüngst an der Hand eines Falles beschrieben hat. Der Verfasser hat eine entsprechende Beobachtung bei einem mit Sublimatinjektionen behandelten Kaninchen gemacht. Es stellten sich Lähmungen der Extremitäten ein, später auch Kontrakturen bei normaler Sensibilität und elektrischer Reaktion. Daneben sah man trophische Störungen (Decubitus, Haarausfall). Das Tier starb plötzlich. Die Sektion ergab: Nieren wenig verändert; im Darm blutunterlaufene Schleimhautveränderungen und Nekrosen; am Herzen der rechte Vorhof dilatiert und mit Thromben gefüllt; Gehirn und Rückenmark makroskopisch normal, ebenso die peripheren Nerven bis auf einen Blutpunkt am oberen Ende des unterhalb in nekrotisches Gewebe eingebetteten linken Ischiadicus. Die noch nicht abgeschlossene mikroskopische Untersuchung ergab Veränderungen des linken Ischiadicus.

Verfasser glaubt hier ein der Polyneuritis mercurialis entsprechendes Bild beobachtet zu haben. Das Weitere wird sich aus der ausführlicheren Darstellung ergeben.

5. **Die Gummiknoten des Augengrundes**, von J. Hirschberg. Syphilome im Augengrunde sind kaum bekannt; nur Alexander citiert zwei Gummiknoten der Aderhaut und zwei des Sehnerven. In den anderen Augenabschnitten, mit Ausnahme der Linse und des Glaskörpers, sind ja Gummiknoten bekannt. In der Cornea können sie nur entstehen, wenn durch eine vorausgehende syphilitische Entzündung ein Blutgefäßnetz entwickelt ist.

Verfasser beschreibt die Gummiknoten im Augengrunde:

1. In der Aderhaut können Gummata schon im ersten Jahre nach der Infektion entstehen: Rötung des Auges, gelegentlich umschriebene, rote Anschwellung der Lederhaut, Schmerzen, Sehstörungen. Die Netzhaut ist vorgedrängt durch eine weiße knotenförmige Neubildung. Glaskörpertrübungen, innere Blutungen, Neuritis optica können hinzutreten. Heilung durch gründliche Behandlung möglich bis auf einen oft zurückbleibenden Defekt im Gesichtsfelde. Zwei Fälle werden beschrieben.

2. Gummata des Sehnervenendes bewirken starke Stauungspapille mit starker Trübung der benachbarten Netzhautzone und des Glaskörpers. Heilung kann erzielt werden.

In einer Anmerkung führt der auch als Sprachforscher bekannte Verfasser aus, daß das Wort Gumma aus der altägyptischen Sprache stammt und sich bereits im Papyrus Ebers (1500 vor Christo) oft findet, und geht dann näher auf die geschichtliche Entwickelung der Bezeichnung „Gumma" ein.

6. **Über das Vorkommen von Eiterstaphylokokken bei der Endometritis blennorrhoica**, von Robert Immerwahr. Wenn Wertheim behauptet, daß die blennorrhoische Endometritis allein durch den Gonococcus hervorgerufen wird, so kann Verfasser dieses nur bestätigen. Auf der Höhe des Leidens ist mikroskopisch und kulturell kein anderer Mikroorganismus zu finden. Dagegen kann er nicht Wertheim darin beistimmen, daß die blennorrhoisch entzündete Uterusschleimhaut einen ungeeigneten Nährboden für alle anderen Bakterien bilde, d. h. eine Sekundärinfektion nicht statthat. In vier Fällen fand er nach Ablauf der akuten Entzündung Staphylokokken, die sekundär eingedrungen waren, wahrscheinlich mit den Spülungen.

Ebenso gelang der Nachweis der letzteren, wie des Diplococcus aureus bei der blennorrhoischen Vulvitis eines Kindes im weiteren Krankheitsverlauf. Es ist diese Thatsache wichtig, da man darauf bedacht sein muſs, nicht durch therapeutische Maſsnahmen Sekundärinfektionen zu begünstigen.

7. **Über den Wert der Salbenbehandlung bei der chronischen Blennorrhoe**, von Hermann Isaak. Die ungenügend wirkenden Lösungen, vor allem diejenigen von Argentum nitricum, will der Verfasser durch die Applikation weicher Salben ersetzen, die fest der Schleimhaut anhaften, in die Verstecke der Gonokokken eindringen, eine protrahierte Wirkung entfalten, gleichsam einen Verband der Schleimhaut darstellen. Daſs die Salbenbehandlung sich bisher so wenig eingeführt hat, beruht auf dem mangelhaften Instrumentarium. Verfasser verwendet Salben folgender Mischungen:

Vaselin. flav.		*Vaselin. flav.*	40,0
Paraffin. liquid.	aa 12,5	*Ol. Cacao.*	15,0
Lanolin.	25,0	*Ol. amygd.*	5,0

und setzt zu Zinc. sulf. (½—2%), Plumb. acet. (½—2%), Magist. Bismuth. (1—2%), Resorcin (2%), Tannin (2%), Arg. nitr. (2%) etc.

Die Erfolge hält Verfasser für sehr günstige. Er bedient sich eines mit Charrièrescher Krümmung versehenen festen, durchbohrten Bougies, eines mit der Salbe gefüllten Mittelstückes und einer dem letzteren angefügten Spritze. (Zu beziehen durch Loewy, Berlin, Dorotheenstraſse 92.)

8. **Einige Untersuchungen über die Färbung und Konservierung organisierter Harnbestandteile**, von Paul Jacobsohn. Verfasser untersuchte das tinktorielle Verhalten der Epithelien des Harns gegen alizarinsulfosaures Natrium, welches in Verbindung mit sauer reagierenden Substanzen Gelbfärbung, mit alkalisch reagierenden Violettfärbung erzeugt. Gross hat schon Versuche damit gemacht. Der Verfasser hat 34 Fälle von Urethritis (26), Cystitis (8), Nephritis untersucht, indem er das Sediment des stets sauren Urins durch die Zentrifuge gewann. Es wurden violett gefärbte Epithelien achtmal bei Blennorrhoe (davon sechs chronische), einmal bei Cystitis gefunden. Es scheint, daſs das Vorkommen derselben nicht sowohl, wie Gross meint, auf einen Sitz der Erkrankung in der Pars posterior deutet, als auf eine besonders tiefgehende, hartnäckige Erkrankung. Bei der Herstellung der Präparate hat sich die Zentrifuge zum schnellen Trocknen als sehr geeignet erwiesen. — Zur Konservierung der Harnsedimente erwies sich der Zusatz eines kleinen Thymolkrystalls zum Urin als sehr nützlich; so konnte der Urin eines Kranken mit Pyelonephritis sechs Wochen im heiſsen Sommer unverändert erhalten werden. Zur Konservierung gröſserer Mengen eines Sedimentes erwies sich das Verfahren von Bohland (*Centralbl. f. inn. Med.* 1894. No. 20) als die beste.

9. **Über extragenitale Syphilisinfektion**, von Max Joseph. In der Poliklinik des Verfassers zeigten von 898 Primäraffekten 50 einen extragenitalen Sitz. Es zeigten 3,75% der Männer, dagegen fast 28% der Frauen extragenitale Primäraffekte. Der Sitz war:

an	der	Oberlippe	bei	Männern	8,	bei	Frauen	6,	zusammen	14 mal
„	„	Unterlippe	„	„	17	„	„	6	„	23 „
„	dem	Mundwinkel	„	„	2	„	„	2	„	4 „
„	der	Zunge	„	„	2	„	„	0	„	2 „
„	„	Tonsille	„	„	1	„	„	2	„	3 „
„	„	Nase	„	„	1	„	„	0	„	1 „
am		Kinn	„	„	3	„	„	0	„	3 „
„		Bauch	„	„	1	„	„	0	„	1 „
„		Anus	„	„	0	„	„	3	„	3 „

In den weiteren Bericht ist eingeschaltet die Schilderung eines eigentümlichen, gruppierten Exanthems, bestehend aus einem Roseolafleck, mit einer pigmentatrophischen Stelle und umgeben von einem Kranze von Knötchen, aufgetreten 1½ Jahre nach der Infektion, — ferner ein Fall von Infektion einer Mutter, die bereits ein syphilitisches Kind geboren, und ein Fall von Reinfektio. Dafs die extragenitale Infektion einen besonders schweren Verlauf der Syphilis bedinge, glaubt Verfasser nicht.

10. **Betrachtungen über die anorektale Blennorrhagie beim Weibe,** von L. Jullien. Verfasser bespricht die drei Äufserungen der anorektalen Blennorrhoe beim Weibe, eines gar nicht seltenen Leidens: das Sekret, die Fissur und das Kondylom. Das Sekret hat oft ganz dieselbe Beschaffenheit, wie das urethrale, und enthält mehr oder weniger Gonokokken. Die gonorrhoische Fissur entsteht durch epitheliale Desquamation auf einer entzündeten, geschwollenen, von tiefen Falten durchzogenen Schleimhaut. Dieselbe besteht so lange, als der blennorrhoische Katarrh besteht, ist also sehr hartnäckig. Zuweilen entstehen auf der Schleimhaut daneben Erosionen, ähnlich wie bei der Balanitis. Das Kondylom ist länglich, sehr feucht, aufserordentlich weich, schmerzlos; es ist gewöhnlich gebunden an das Vorhandensein einer Fissur. Der anorektale Katarrh ist sehr rebellisch, überdauert den ihm etwa vorausgegangenen Urethralkatarrh, so dafs es schwer wird, zu entscheiden, ob er primär oder sekundär ist. Am wirksamsten hat sich therapeutisch dem Verfasser erwiesen die tägliche Applikation von Gazetampons, getränkt mit einer 2—4 %oigen Lösung von Kalium permanganicum. Als Folgezustand konnte sich vielleicht eine Striktur entwickeln. Zwei Geschwürsformen können sich an die blennorrhoische Analfissur anschliefsen: das blenno-schankröse Geschwür und das blenno-syphilitische Geschwür.

11. **Über die Grundzüge der Ekzembehandlung,** von O. Lassar. Bei Ekzemen gilt es natürlich in erster Reihe, die Ursache zu berücksichtigen, festzustellen und auszuschalten. Sodann ist die Reinigung der Haut von der exsudierten Lymphe, die im geronnenen Zustande den Mikroorganismen den besten Nährboden liefert, notwendig, wozu das Wasser noch immer nicht genügend verwendet wird. Bäder, auch heifse, werden vorzüglich ertragen. Sie mildern auch den Reiz differenter Medikamente, so dafs man im Bade Teer selbst auf nässende Flechten, ohne Schaden applizieren kann. Von Wichtigkeit ist es, der ihres natürlichen Schutzes durch die Hornschicht beraubten Haut eine passende Schutzdecke zu geben, die gleichzeitig bei Exsudation der Lymphflüssigkeit den Durchtritt gestatten mufs. Hier kommt in erster Reihe die Pulverbehandlung und unter den Pulvern als das beste und billigste Talcum venetum, welches in dicker Schicht wiederholt aufgetragen werden mufs, wobei das Baden etwaigen Retentionen vorbeugt. Wo daneben die geschmeidig machende Wirkung der Fette nötig erscheint, sind die Zink-Amylum-Paste und das Zinköl von Vorteil. Ein derartiger Pastenverband unter Zuhülfenahme von Watte kann tagelang liegen bleiben. Von Medikamenten steht obenan der Teer in seinen verschiedenen Applikationsformen (Wilkinsonsche Salbe). Sehr nützlich sind oft daneben Schwitzbäder. Die Durchführung der ganzen Methode würde etwa folgende Behandlungsweise erheischen: Reinigung im Bade, Teereinpinselung, partielle oder totale Schwitzeinpackung, Imprägnation von Teerschwefelpaste in dünner Schicht, darüber Salicylpaste in dicker Schicht, schliefslich Streupulver. — Dieses die Grundzüge der Lassarschen Ausführungen.

12. **Die Histologie der Dermatitis papillaris capillitii,** von R. Ledermann. Die Auffassung der Dermatitis pupillaris ist bei den verschiedenen Autoren eine durchaus verschiedene, wie schon aus den verschiedenen Bezeichnungen: Acné kéloidique, Acne framboesiformis, Sycosis framboesiformis, Nackenkeloid, hervorgeht. Der Verfasser giebt einen kurzen Abrifs über die Litteratur dieses Leidens, dessen klinisches Bild von allen Autoren gleich geschildert wird. Vor allem ist allen das keloide End-

tadium aufgefallen. An zwei Fällen ist es dem Verfasser gelungen, das Leiden in seinen verschiedenen Stadien histologisch zu verfolgen; die Ergebnisse bestätigen fast durchweg die Kaposjsche Schilderung. Es handelt sich um eine chronische, granulierende Entzündung, welche von dem mittleren subpapillären Teil der Cutis ausgeht und sich zuerst um die stark erweiterten Gefäfse und Haarfollikel lokalisiert. Alle anderen Veränderungen im Epithel, in Haaren und Talgdrüsen sind sekundärer Natur. Es ist auch nicht richtig, nur von einer Perifolliculitis zu sprechen. Der Ausgang des Prozesses ist keloide Umwandlung, wie sie die wahre infektiösen Granulome sonst nicht zeigen. Die Pusteln und Abscesse sind sekundärer Natur; sie sind es, die neben dem neugebildeten Bindegewebe die eigentümliche Verschiebung mit Fixation der Haarfollikel bewirken. Die papillomatöse Form ist kein Charakteristicum des Leidens. Für die Bezeichnung desselben ist zu berücksichtigen die Entzündung, die keloide Umwandlung und die Lokalisation; passend wäre Dermatitis keloidea nuchae, resp. capillitii. — Vorzügliche Abbildungen der mikroskopischen Präparate illustrieren die sorgsame Studie.

13. **Zur Behandlung der Urethro-Prostatitis chronica,** von H. Lohnstein. Der Verfasser führt die Gründe für die grofsen Schwierigkeiten aus, welche die Urethro-Prostatitis chronica, zumal die follikuläre Form derselben, der Behandlung bietet. Er erläutert die Notwendigkeit der mechanischen Dehnung zur Eröffnung der verstopften Follikel und der gleichzeitigen Spülung zur Wegschwemmung des bei der Dehnung gelockerten Inhalts und direkter medikamentöser Einwirkung. Wo die Prostatamassage, die Didayschen und Philippsonschen Spülungen nicht zum Ziele führen — Sonderungen nützen überhaupt nicht — die Anwendung seiner Spüldilatatoren. Dieselbe wird alle drei bis fünf Tage wiederholt, jedesmal werden mehrere Liter einer Ichthyol- (0,5%) oder Höllensteinlösung (0,3—0,5‰) durchgespült, und zwar recht heifs (40—50°). In den Zwischentagen werden Salben oder Tannin-Gelatinestäbchen appliziert. Von 56 mit Spüldilatatoren behandelten Patienten wurden 44 geheilt. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht bemerkt.

14. **Die Behandlung der Syphilis mit subkutanen Quecksilberinjektionen,** von Otto Mankiewicz. Ein kurzer Abrifs der Geschichte der subkutanen und intravenösen Quecksilberapplikation, der endet mit einer Kennzeichnung des Sieges, den die vom Jubilar empfohlenen Sublimatinjektionen nach langem Kampfe erfochten.

15. **Die hereditäre Syphilis in ihren Beziehungen zur Entwickelung von Krankheiten des Nervensystems,** von E. Mendel. Es ist von vornherein sehr wahrscheinlich, dafs auch die kongenitale Syphilis, gleich der erworbenen, Erkrankungen des Nervensystems nach sich ziehen kann. Der erfahrene Verfasser berichtet in diesem Aufsatze über Beobachtungen, bei denen die Beziehungen der Nervenkrankheit zu hereditärer Syphilis sicher festgestellt werden konnten. Er knüpft dabei an die Tabes und die progressive Paralyse, die auch für ihn zweifellos direkt oder indirekt luetischen Ursprungs sind. Ein Fall betraf eine Paralyse, die im elften Lebensjahre begann und im achtzehnten tödlich endete; Patientin war das Kind einer luetischen Mutter und hatte im ersten Jahre Hauterscheinungen, im dritten Schielen mit erweiterter Pupille gezeigt. Ähnliche Fälle sind von anderen publiziert. Ein an der Tabes seit dem zwölften Lebensjahre leidendes Mädchen, von zweifellos luetischen Eltern stammend, beobachtet der Verfasser seit vielen Jahren. Ein 21jähriger Mensch zeigt typische Tabes und ist seit vielen Jahren amaurotisch; hereditäre Syphilis ist anamnestisch festzustellen. Auffallend ist bei den beschriebenen Fällen von Tabes im kindlichen Alter auf Grund hereditärer Syphilis das frühe Auftreten der Opticusatrophie, die langsame Entwickelung der Ataxie. Mit syphilitischer Spinalparalyse (Erb) hat Verfasser einen 35jährigen Mann leiden sehen, der selbst das Leiden auf hereditäre Syphilis zurück-

führte. Die ersten Anzeichen der Krankheit zeigten sich schon im sechsten Lebensjahre. — Einen Fall von Meningomyelitis syphilitica hereditaria hat Böttger berichtet. Die multiple Hirn-Rückenmarkssklerose dürfte wohl kaum mit hereditärer Lues zusammenhängen, wenn auch Jacobson einen Fall berichtet, in dem bei der Obduktion neben multipler Sklerose Hepatitis, Perihepatitis, Milzhypoplasie, Perisplenitis, parenchymatöse Nephritis bestanden. Einen Zusammenhang der Epilepsie mit der hereditären Syphilis hat der Verfasser niemals konstatieren können.

16. **Syphilis des Oesophagus**, von J. Neumann. Tiefere Veränderungen im Oesophagus kann wohl nur die tertiäre Syphilis erzeugen: ulceröse Zerstörungen, die vom Pharynx oder Larynx übergreifen; Gummata und Infiltrationen im submukösen Bindegewebe; perforierende gummöse Bronchial- und Mediastinaldrüsen. Verfasser berichtet nach einem kurzen Referate über die betreffende Litteratur über zwei auf seiner Klinik gesehene Fälle, von denen der zweite nur genauer beobachtet ist. Ein Patient mit maligner Lues, zu der sich Tuberkulose gesellt, litt an heftigen Deglutitionserscheinungen, wobei feste Bissen oft leichter heruntergingen, als Flüssigkeiten. Die Obduktion ergab, dafs durch narbige Schrumpfung der Pharynxschleimhaut sich eine halb cirkuläre Falte im Oesophagus unter dem Ringknorpel gebildet hatte.

17. **Kasuistische Mitteilungen**, von C. Posner und Ernst R. W. Frank. 1. Blasenruptur bei chronischer Paralyse, von Posner. Bei einem Paralytiker trat Retentio urinae ein; der Katheterismus wollte bei dem unruhigen Kranken nicht gelingen. Die Punctio vesicae förderte trüben, blutigen Urin heraus. Später gelang dann die Entleerung durch den Katheter. Bei besonderer Haltung desselben floſs noch Urin ab, wenn schon der Abfluſs vorher sistiert hatte. Es wurde ein angeborenes Divertikel diagnostiziert. Der Kranke ging in wenigen Tagen zu Grunde, nachdem eine phlegmonöse Infiltration am Unterleibe noch aufgetreten. Die Sektion ergab eine Blasenruptur in der vorderen Wand. Ähnliche Fälle sind in jüngster Zeit beobachtet.

2. Ein Fall von Urethraldefekt infolge eines phagedänischen Schankers, von Ernst R. W. Frank. Eine ausgedehnte Gangrän bei Schanker infolge spät operierter entzündlicher Paraphimose. Heilung nach Anlegung einer Fistelöffnung am Darm. Verschluſs des Urethraldefekts durch Skrotalhaut geplant.

3. Ein Fall von seltener Blasensteinbildung, von Ernst R. W. Frank. Wegen Blasen- und Urethralsteine wurde einem Patienten die Urethrotomia externa, dann, als die Lithotripsie sich als unmöglich erwies, die Sectio alta gemacht. Es fanden sich Phosphatsteine, die sich um einen 1 cm dicken Gummischlauch gebildet hatten. Die Drainage der Blase durch die Blasenwunde versagte wiederholt, so dafs schliefslich eine Boutonnière angelegt werden muſste. Es wurde dann ein Drain von der Blasenwunde nach dem Damm durchgelegt, der gut funktionierte. Auch Zeichen einer Jodoformintoxikation stellten sich ein. Schliefslich erfolgte vollkommene Heilung. Der Gummischlauch — kein Drain oder Katheter — war dem Patienten einmal im trunkenen Zustande, wahrscheinlich von anderen, in die Harnröhre eingeschoben worden; man hatte ihn mit unter der Eichel umschnürtem Penis liegen gefunden. Wie es möglich war, einen so dicken Schlauch hineinzubringen, ist dem Verfasser doch schwer verständlich.

18. **Beiträge zur Jodmedikation**, von Paul Richter. Da Jod nur in statu nascendi nach Ehrlich die Erscheinungen des Jodismus hervorruft, entschlofs sich der Verfasser, lieber gleich reines Jod in Form von Jodtinktur zu geben. Er beginnt nach dem Vorgange von Jullien mit fünf Tropfen, dreimal täglich, und steigt allmählich auf 30 Tropfen pro dosi, bis 700,0 Jodtinktur verbraucht sind. Bei 14 Patienten

ist diese Jodkur durchgeführt worden, stets ohne Nebenwirkungen, mit dem gewünschten Erfolge.

19. **Erytheme bei Syphilis**, von O. Rosenthal. In der vorliegenden Arbeit werden eine Reihe von Erythemformen besprochen, die teils luetischen Ursprungs sind, teils sonst in ihren Beziehungen zur Syphilis Interesse erregen.

Nur differentialdiagnostisch sind besprochen der Herpes tonsurans maculosus und die Pityriasis rosea (Gibert). Besondert letztere Form ist oft schwer von luetischen Exanthemen zu unterscheiden; man wird da das periphere Wachstum, die Schuppung, das Jucken, die Lokalisation an den oberen Extremitäten, dem Stamm, dem oberen Teil des Oberschenkels, das Jucken berücksichtigen müssen.

Das Eccema seborrhoicum giebt, wie Unna gezeigt hat, oft Mischformen mit der Syphilis, zumal an der Stirn (Corona veneris), in der Nasolabialfalte, an der Kopthaut (Alopecie!). Es ist das für die Therapie von Bedeutung, da man gleichzeitig antiseborrhoisch behandeln mufs.

Das Erythema multiforme tritt vor oder mit der luetischen Allgemeineruption auf, besonders oft bei Frauen. Es ist nicht ein merkurielles Exanthem, trotzdem das Quecksilber auch das Erythema exsudativum multiforme erzeugen kann. Es können die Erythem-Efflorescenzen bei Syphilis sich später in luetische Papeln und Knoten nach Leloir umwandeln. Jedenfalls hat das Erythema multiforme bei Lues nur eine symptomatische Bedeutung, ist aber nicht, wie Maubiac es unter der Bezeichnung „Erythème noueux syphilitique" thut, den anderen spezifischen Ausschlagformen zur Seite zu stellen; eher gehört es zu den „accidents parasyphilitiques". Eigentümliche, wirklich luetische, kreisförmige Erytheme sieht man im tertiären Stadium. Es sind unsymmetrisch angeordnete, mitunter dunkelrote oder auch nur von einem zarten orange-rosa-roten Hof umgebene Kreise von 1—5-Markstückgröfse mit kaum erhabenem, selten mit Papeln besetztem Saum und pigmentiertem Zentrum. Oft sind diese Flecke kaum zu bemerken und treten nur bei Abkühlung und Erhitzung hervor. Die Kreise vergröfsern sich nicht und bleiben lange bestehen; sie schwinden unter Zurücklassung von Pigmentationen und können recidivieren. Arme, Beine, Brust und Hals sind die Prädilektionsstellen. Da andere spezifische Erscheinungen gleichzeitig selten vorhanden sind, ist die Diagnose oft schwer. Die Behandlung dieser Spätform der Roseola annularis mufs eine sehr energische sein. Unna hat solche Formen als Neurosyphilide beschrieben, ein Ausdruck, der dem Verfasser nicht passend erscheint. Dafs es sich bei dem Erythem um eine vasomotorische Neurose handelt, ist dem Verfasser zweifellos. Die von Unna als primär-pigmentierte Neurosyphilide bezeichnete Gruppe billigt Verfasser nicht; die Ansicht, dafs das Leukoderma ein sekundäres Ergebnis nach vorausgegangener Hyperpigmentation ist, kann er nicht für berechtigt halten.

20. **Über Europhen**, von Edmund Saalfeld. Das Europhen hält der Verfasser für das beste Ersatzmittel des Jodoforms, besonders seine Reizlosigkeit hervorhebend. Es wurde verwendet rein oder mit Acidum boricum (1 : 2—4) oder Talcum (1 : 1—4) bei Ulcus cruris. Ein Puder von

Europhen	5,0—10,0
Lanolin anhydr.	5,0
Talc. venet.	ad 100,0

wirkt sehr gut bei Intertrigo der Kinder. Pustulöse Ekzeme und Follikulitiden heilten unter 10%igem Europhenlanolin; ebenso einige Fälle von Pemphigus vulgaris, Impetigo, Impetigo contagiosa. Zum Betupfen frischer Operationswunden, bei Balanitis etc. bewährte sich das Europhen gut, ebenso für Ulcera mollia. Pei Primäraffekten wird vorteilhaft Europhen am Tage aufgepudert, nachts Quecksilberpflaster

aufgelegt. 10—20°oige Salben heilten gummöse Geschwüre und nässende Papeln. Verfasser will das Jodoform deshalb in den meisten Fällen durch Europhen ersetzt wissen. (Die Reizlosigkeit ist keine absolute. Lieven-Aachen hat ein Europhenexanthem gesehen und ich selbst zufällig zwei sehr unangenehme Dermatitiden. Das ist aber kein Grund gegen die Verwendung des Europhens, denn für jedes differente Mittel finden sich schliefslich Individua, die es nicht vertragen. Aber vorsichtig mufs man auch hier sein. Ref.)

21. **Zwei Fälle von Piedra nostras**, von P. G. Unna. Behrend hat zuerst in Deutschland die Aufmerksamkeit auf die Piedra gelenkt. Unna hat einen klinisch ganz gleichen Fall gesehen, und doch erwiesen sich die Pilze als verschieden, wenn sie auch derselben Gattung (Trichosporon-Behrend) angehören. Wachstumsdifferenzen traten auf demselben Nährboden trotz des makroskopisch sehr ähnlichen Aussehens hervor, die Hyphen und Sporen wiesen Verschiedenheiten auf. Frau Dr. Trachsler hat diese genauer in dieser Zeitschrift beschrieben. Unna weist darauf hin, dafs annähernd gleiche klinische Bilder eine verschiedene, bakterielle Ätiologie haben können.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Besprechungen.

Allgemeine Dermatologie oder allgemeine Pathologie, Diagnose und Therapie der Hautkrankheiten in zweiundzwanzig Vorlesungen, mit XV Figuren im Text und in IX Tafeln, von Ernst Kromayer. (Gebrüder Borntraeger in Berlin.) Die Dermatologen sind tapfer bei der Arbeit, um ihr Gebiet tüchtig zu beackern, und manches dermatologische Werk legt Zeugnis ab von dem Fleifse und dem medizinischen Gesamtwissen der Autoren. Das vorliegende Werk des Hallenser Dermatologen stellt sich nun die Aufgabe, die allgemeine Dermatologie in Form von Vorträgen zu betrachten, eine Aufgabe, an die, wenn wir von den Unnaschen Arbeiten in diesem Blatte und in seiner *Histopathologie* absehen, in dieser gründlichen Weise sich noch keiner herangewagt hat. Es ist auch von vornherein leicht verständlich, welch grofse Schwierigkeiten es machen mufs, die so vielfach noch auf den schwachen Füfsen der Hypothese ruhende allgemeine Pathologie auf die Hautveränderungen zu übertragen, letztere auf Grund der ersteren erklären zu wollen. Der Nutzen, der daraus erwächst, soll natürlich der Dermatologie in erster Reihe zu gute kommen. Aber andererseits will es mir scheinen, dafs er umgekehrt ein vielleicht noch gröfserer für die allgemeine Pathologie an sich sein wird. Denn die dem stets makroskopisch sehenden Auge zugängliche und dem mikroskopisch sehenden leicht zugänglich zu machende Haut ist der richtige Prüfstein für Lehren der allgemeinen Pathologie. Es mufs deshalb eine solche allgemeine Dermatologie nach beiden Seiten befruchtend wirken, und, um es gleich zu sagen, das vorliegende Werk ist ganz dazu angethan, in dieser Beziehung seinen Zweck zu erfüllen. Mit grofser Vertiefung ist die allgemeine Pathologie, welche den gröfsten Teil des Werkes einnimmt, behandelt, und gediegenes Wissen spricht aus demselben. Selbstverständlich darf man deshalb nicht glauben, dafs alle subjektiven Auffassungen des Autors unanfechtbar sind, aber er verteidigt dieselben mit solcher Gründlichkeit, dafs man, wo man sie nicht teilt, in ihnen ein würdiges Objekt des geistigen Kampfes findet.

Nach einer Darstellung der Anatomie der Haut, bei der natürlich die vom Verfasser gewünschte, bekannte Änderung in der Einteilung ihrer verschiedenen Ab-

schnitte betont wird, folgt eine Bearbeitung der Hyperämie, Anämie des Ödems, der Hämorrhagie, der Entzündung. In allen diesen Kapiteln — besonders bei der Lehre vom Ödem — wäre ja manches zu kritisieren; das würde hier aber zu weit führen. Stehen bleiben muſs ich jedoch bei den auf die Entzündung folgenden Kapiteln, die von der „Flechtung" handeln. Unter „Flechten" versteht der Verfasser alle chronisch-proliferierenden Entzündungen der Haut, bei denen die Erscheinungen der Cirkulationsstörungen nicht in den Vordergrund treten; der neu eingeführte Begriff „Flechtung" soll den diesen Vorgängen zu Grunde liegenden pathologisch-anatomischen Prozeſs bezeichnen. Die Bezeichnung geht von klinischen Begriffen aus, hält es für gleich, ob Bindegewebszellen oder weiſse Blutkörperchen sich an dem Aufbau beteiligen. Alle Flechten charakterisieren sich durch Anschwellung des Gewebes, meist in der Form einer Papel. Unterschieden werden die infiltrierenden und die Granulationsflechten. Zu den ersteren zählen: Psoriasis, Eccema chronicum (zum Unterschiede vom chronisch gewordenen akuten Ekzem), Lichen ruber planus et acuminatus (Pityriasis rubra pilaris), Lichen scrophulosorum, Herpes tonsurans (squamosus, Pityriasis rosea), Lupus erythemathodes. Zu den letzteren zählen: Tuberkulose, Syphilis, Lepra, Rhinosklerom, Aktinomycose, Rotz. — Diese neue Zusammenstellung unter den Begriff Flechten kann ich weder für eine glückliche, noch für eine historisch berechtigte halten. Nur die vom Verfasser als infiltrierende Flechten bezeichnete Gruppe von Leiden deckt sich im ganzen mit der üblichen Bedeutung des Wortes „Flechten". Die Ausdehnung auf die Granulationsgeschwülste halte ich für eine durchaus unglückliche, weil sie sich sicher nicht einführen wird und darf. Denn erstens widerspricht sie dem Usus, und die historisch berechtigt gewordenen Bezeichnungen sind nur bei zwingenden Gründen umzustoſsen. Zweitens aber — und das ist das wichtigere — soll dieselbe Bezeichnung zwei Gruppen von Leiden decken, die toto coelo voneinander verschieden sind. Das chronische Ekzem (identisch mit dem Eccema seborrhoicum s. parasitarium), den Herpes tonsurans, den Lupus, das Gumma, die Lepraknoten, das Rhinosklerom in eine Abteilung zusammenzuwerfen und mit gemeinsamer Etikette zu versehen, das ist unmöglich. Ja, es fällt das alles in die groſse Klasse der Entzündungen, die bekanntlich an Vielseitigkeit ihrer Gestaltung nichts an der Haut zu wünschen übrig lassen, aber deshalb sind die Differenzen noch so groſs, daſs sie nicht eine gemeinsame Abteilung in dieser Klasse bilden können. Also behalten wir die Flechten im alten Sinne (auch der Lichen scrophulosorum und der Lupus erythematosus gehören kaum hinein) und trennen wir sie scharf von der Syphilis, der Tuberkulose etc. Ich glaube, daſs fast alle Autoren einig sein werden in der Verwerfung dieser neuen Gruppierung unter dem nicht sehr schönen Worte „Flechtung".

Gegen die Kapitel Regeneration und Hypertrophie, Atrophie, Pigmentierung, Neubildung Schwärung ist prinzipiell nichts zu sagen.

Die allgemeine Diagnostik und Therapie ist relativ etwas kurz bearbeitet. In ersterer sind einzelne Abschnitte besonders anregend. In der Therapie stellt Verfasser drei Gruppen von Indikationen auf:

I. Ruhigstellung der Haut.
II. Reduktion der pathologischen Veränderungen.
III. Vernichtung des neugebildeten Gewebes.

Die erste Indikation erfordert: Abschluſs der Haut nach auſsen (Immobilisierung der Gliedmaſsen), Reinigung der Haut, Entspannung der Haut, Beseitigung des Juckreizes.

Alle Indikationen und ihre Erfüllung finden eine Besprechung, die vernünftigerweise ausklingt in eine Warnung vor den vielen neuen Mitteln, deren Anwendung

uns davon abhält, die alten in ihrer Bedeutung voll und ganz zu studieren und ihre Indikationen gründlich zu erfassen.

Ich schliefse die Besprechung mit der warmen Empfehlung, das sehr gut ausgestattete Werk gründlich zu studieren; es verdient es. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Brown-Séquardsche Methode (Organsaft-Therapie) und ihr therapeutischer Wert, von Georg Buschan. (Neuwied, Heusers Verlag. 1895.) Die vorliegende Broschüre bietet einen objektiven Überblick über die Methodik und die Erfolge der Organotherapie (Substitutionstherapie) auf Grund des bis zum Jahre 1894 vorliegenden litterarischen Materials. Auf eine kurze Darlegung der Brown Séquardschen Theorie von der inneren Sekretion der Organe folgt ein kurzer Abschnitt über die Schilddrüsentherapie, der zur Zeit natürlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit mehr erheben kann, und in dem wir ganz besonders eine Andeutung über ihre Anwendung bei Hautkrankheiten vermissen. In dem Kapitel über die Behandlung mittelst Hodenflüssigkeit schliefst sich Verfasser auf Grund der 3000 Fälle umfassenden Krankenstatistik und neun eigener Beobachtungen den günstigen Schlufsfolgerungen Brown-Séquards und seiner Anhänger an und nimmt besonders gegen Fürbringer und Goldscheider Stellung. Die Mifserfolge des ersteren seien auf die Anwendung des Spermins (Pöhl) zurückzuführen, welchem Präparate Brown-Séquard u. a. jede Wirksamkeit absprechen. Ganz besonders werden die günstigen Erfolge bei der Tabes dorsalis hervorgehoben. Im Anschlufs hieran wird kurz über die bisherigen therapeutischen Versuche mit Nerven-, Pankreas-, Nebennieren-, Nierensubstanz und Knochenmarkextrakt berichtet. *H. Einhorn-München.*

Die Behandlung der Syphilis, von C. Mauriac. (Paris 1896. G. Masson.) Dieses über 800 Seiten starke Buch in Grofs-Oktav bildet die Fortsetzung und den Abschlufs zu den früher erschienenen Werken des Verfassers über Syphilis: *Primäre und sekundäre Syphilis.* 1893, *Tertiäre und hereditäre Syphilis.* 1889. Der erste Teil des vorliegenden Buches behandelt die allgemeine Therapie der Lues, inklusive Serumtherapie. Im zweiten finden wir die Behandlungsmethoden der einzelnen syphilitischen Erscheinungen nach den Perioden der Affektion, sowie speziell der visceralen Syphilis. Der dritte Teil handelt von der Behandlung und Prophylaxis der hereditären Lues und von der Prophylaxis der Syphilis überhaupt.

Verfasser widmet sein Werk dem Andenken des 1894 verstorbenen Rollet-Lyon. *C. Müller-Bern.*

Der Syphilisbacillus, von van Niessen. (Wiesbaden. 1896.) Das vorliegende Buch giebt eine Beschreibung eines von dem Verfasser bei Luetikern gefundenen, gezüchteten und verimpften Bacillus, den er für den Erreger der Syphilis ansieht und mit dem Lustgartenschen identifiziert. Anfangs hatte er geglaubt, Schimmelpilzvegetationen als Ursache der Syphilis gefunden zu haben, kam aber bald davon zurück. In seinen Untersuchungen entnahm Verfasser das Blut vorgeschrittenen Fällen tertiärer Syphilis mit floriden Symptomen und brachte es in einen hohlen Objektträger; nach 10—14 Tagen sieht man dann am Rande der Vertiefung Stäbchenhaufen. Mit verflüssigter Gelatine vermengt, findet man nach 3—4 Tagen die ersten Spuren des „Bacillus veneris". Die Stäbchen, oft V-förmig, zeigen einen erheblichen Pleomorphismus, wobei sehr ähnliche Verhältnisse, wie bei den Hyphomyceten obwalten. Nach 4—8 Tagen bilden sich bei Körperwärme Kettenformen aus, die als Sporenbildung gedeutet werden können. Die Kulturen auf Gelatine bilden winzige, kleine Pünktchen, die später einen gelblich-weifsen Ton, später mit einem Stich ins Hellgrüne annehmen. Die Gelatine verflüssigt zuerst am Rande der Kultur. Das Temperaturoptimum ist 30° C., der beste Nährboden menschliches Blutserum, nächst-

dem die Kartoffel. Für die Färbung ist das Lustgartensche Verfahren, Karbolfuchsin und die Gramsche Methode geeignet. Am wichtigsten ist jedenfalls der experimentell-pathologische Teil der Arbeit. Verfasser impfte zwei Kaninchen mit den Kulturen des Bacillus veneris. Am Ohr des ersten entstand nach 13 Tagen ohne Injektion eine runde, linsengroſse Niveauerhebung der Haut an der Impfstelle, die sechs Tage darauf abzutrocknen und abzuschilfern beginnt. Später bilden sich noch Pustelchen und ein „luetisches“ Geschwür. In der Scheide, die auch geimpft war, entwickelt sich, ebenso wie am After, eine Pustel. Beim zweiten Kaninchen bilden sich 6—8 harte Infiltrationen neben zwei „Sklerosen“. Bei einer auch geimpften Ziege entstand an der Impfstelle in der Scheidenmucosa ein kleines, linsengroſses Knötchen.

Aus den Ausführungen über die Versuche, betreffend die Beeinflussung lebender Zellen und Gewebe durch die Syphilisbacillen, sei hier nur hervorgehoben, daſs Verfasser folgendes schlieſst: Sind die Syphilisbacillen durch den Primäraffekt ins Gewebe vorgedrungen, so werden sie von den Leukokyten zum Teil aufgenommen und durch Isolierung eine Zeitlang teils unschädlich gemacht, teils vernichtet, soweit sie nicht extra cellulär resorbiert und weiter verbreitet werden. Die infizierten Leukocyten werden in der Mehrzahl von ihren Einwohnern zerstört.

Verfasser zieht auch aus seinen Studien Schlüsse auf die Prognose der Syphilis; er hält sie für eine unheilbare Infektionskrankheit, die tödlich verläuft. Ob gesunde Nachkommen von Luetikern wirklich frei von Syphilis sind, ist ihnen zweifelhaft. Eine Heirat syphilitischer Personen hält er für eine unverantwortliche Leichtfertigkeit. Über die Heilung der Syphilis und die dazu nötige Gewinnung eines Antitoxins läſst sich der Verfasser des weiteren am Schlusse der Arbeit aus. (Der Verfasser ist fest überzeugt, den Syphiliserreger gefunden zu haben. Leider ist mir die Berechtigung dieser Überzeugung doch zweifelhaft geblieben. Die mikroskopischen und bakteriologischen Beobachtungen entziehen sich ohne Wiederholung der von gröſstem Fleiſse zeugenden Arbeit der Kritik, obgleich manches Ergebnis sehr auffallend erscheint. Die Impfergebnisse sind aber zweifellos sehr anfechtbar. Nach der Impfung entsteht am Kaninchenohr ein Knötchen, und Verfasser bezeichnet dasselbe ohne weiteres als „Sklerose“. Mit welchem Recht? Später entsteht am Ohr ein Geschwür; Verfasser bezeichnet es ohne weiteres als „luetisches“ Geschwür. Mit welchem Recht? Die bisherigen Beobachtungen über die Immunität der Tiere gegen die Syphilis machen die Berechtigung dieses Schlusses mehr als zweifelhaft. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

1. **Über den gewöhnlichen, bei der Harninfektion wirksamen pathogenen Bacillus (Bacterium coli commune)**, von Ali Krogius.

2. **Bemerkung zu der vorstehenden Arbeit**, von Arthur Nicolaier. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1894. No. 24.)

1. Nicolaier hat einen neuen Kapselbacillus bei eiteriger Nephritis beschrieben. Dazu bemerkt Krogius, daſs Nicolaier die neuere Litteratur über Harninfektion nicht berücksichtigt habe, und citiert dieselbe. Sodann behauptet er, daſs der Kapselbacillus identisch ist mit dem Bacterium coli commune, wobei er sich auf die An-

gaben NICOLAIERS stützt. Die Abweichungen sind nur scheinbare. Wenn NICOLAIERS Bacillus unbeweglich ist, so könne dieses aber auch zuweilen das Bacterium coli commune sein. Auch der Umstand, dafs NICOLAIERS Bacillus von Meerschweinchen und Kaninchen vertragen wird, spricht nicht gegen die Identität. Wenn der genannte Bacillus eine Kapsel habe, so hat Verfasser gefunden, dafs in Organen und im Blute des mit Bacterium coli getöteten Tieres dieses auch eine Kapsel hat. Hervorzuheben ist auch, dafs NICOLAIER seinen Bacillus in den Nieren einer Patientin gefunden hat, die eine aufsteigende Pyonephritis und in der Excavatio rectovesicalis einen Abscefs hatte, der sowohl mit Harnblase, wie mit dem Rectum kommunizierte. KROGIUS will überhaupt die vielen neuen pathogenen Harnbacillen nicht als besondere Arten anerkennen. Er fafst die heute geltende Lehre folgendermafsen zusammen:

Der gewöhnliche, bei Harninfektionen wirksame Mikroorganismus ist das nicht verflüssigende, gasbildende Bacterium coli commune, resp. Bacterium lactis aerogenes. Die durch ihn entstehenden Cystitiden zeigen sauren Harn.

In seltenen Fällen findet man den verflüssigenden Proteus vulgaris, einen energischen Harnstoffzersetzer.

Die gewöhnlichen Eiterkokken, Staphylococcus nnd Staphylococcus pyogenes, sind auch für die Harnmenge pathogen. Der erstere ist ammoniogen, der letztere nicht, wird also nur bei saurem Harn gefunden. Einige andere ammoniogene Mikrokokken und mit den oben angeführten nicht identischen Bacillen sind in vereinzelten Fällen in pathologischen Harnen gefunden worden.

2. Auf diese Kritik erwidert NICOLAIER, indem er mit Entschiedenheit für die Verschiedenheit seines Kapselbacillus und des Bacterium coli eintritt. Es bestehen prägnante Unterscheidungsmerkmale:

a. Der Kapselbabillus ist gröfser und dicker. Die Behauptung von KROGIUS, dafs auch das Bacterium coli unter Umständen eine Kapsel erhält, ist bisher ganz vereinzelt.

b. Das Wachstum in den Kulturen, insbesondere auf Nährgelatine und Nähragar, ist vollkommen verschieden. Der Kapselbacillus bildet weifsgraue, feuchtglänzende, schleimige, zähflüssige Auflagerungen.

c. Ihr pathogenes Verhalten bei Mäusen ist ein vollkommen verschiedenes. Dieselben gehen nach subkutaner Injektion kleiner Mengen des Kapselbacillus ausnahmslos an Septikämie zu Grunde. In den Nieren finden sich makroskopische, grauweifse Herde und mikroskopische Veränderungen. Nach Injektion von Bacterium coli geht nur ein Teil der Mäuse zu Grunde, nach HEIN sogar gar keine. In den Nieren sind keine Veränderungen in diesen Fällen gefunden worden. Dagegen ertragen Meerschweinchen und Kaninchen die Injektion mit dem Kapselbacillus.

Schliefslich weist NICOLAIER darauf hin, dafs er in dem betreffenden Falle noch einen Bacillus isoliert habe, den er der Gruppe des Colibacillus zugeschrieben habe.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein merkwürdiger Harn, von VAN LEDDEN-HULSEBOSCH. (*Pharm. Centralh.* 1895. No. 30.) In einem, sonst vollkommen normalen Harn, der weder Blut, noch Eiweifs enthielt, fand der Verfasser Nematoden von 0,47 mm Länge, 0,0125 mm Dicke, welche als Filaria Bancrofti (Filaria sanguinis hominis) erkannt wurden. Dieselben gelangen mit dem Trinkwasser in den Körper und durch die Glomeruli in den Harn.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Filaria sanguinis hominis mit Chylurie, ein mit Methylenblau erfolgreich behandelter Fall, von AUSTIN FLINT. (*New York med. Journ.* 15. Juni 1895.) Im Verein mit J. N. HENRY hat Verfasser einen Fall von Chylurie bei einem 22jährigen farbigen Mann, der von St. Kitts (westindische Inseln) stammte, mittelst Darreichung

von Methylenblau, in Dosen von 0,12 alle vier Stunden, binnen wenigen Tagen geheilt. Die im Blute des Patienten vorher zahlreich vorhandenen Embryonen waren nach eintägiger Behandlung fast gänzlich verschwunden, stellten sich aber beim Aussetzen der Medikation nach einigen Tagen wieder ein, um wiederum zu verschwinden, als das Medikament fünf Tage lang gegeben wurde. Es ist seitdem mehr als ein Jahr vergangen, ohne dafs irgend welches Recidiv zu bemerken wäre.

Ferner berichtet F. über Erfolge mit diesem Mittel bei Malaria und auch bei Blennorrhoe. Von letzterer Affektion hat er einige ganz typische Fälle nach Gaben von 0,09—0,12, dreimal täglich in Kapseln gegeben, ohne weitere Medikation in wenigen Tagen heilen gesehen. Um Blasenreizung zu vermeiden, befolgt Flint auch die Vorsicht, bei jeder Dosis etwa (1,8 g) 2,0 gepulverter Muskatnufs zu geben.

Philippi-Remscheid.

Geschwänzte Protozoen in frisch gelassenem menschlichen Urin, von G. Dock. (*Med. News.* 22. Dezember 1894.) Vorläufige Mitteilung über folgenden interessanten Fall: Ein 27jähriger Mann, der früher an häufigen Attacken von Malaria gelitten hatte, acquirierte zwei Jahre vor der Aufnahme während der Rekonvalescenz nach Pneumonie eine nur langsam heilende Hämaturie. Seitdem bestand häufiger Urindrang, und die letzten Tropfen enthielten eine weifse, wolkige Masse. Letztere besteht, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, aus Eiter, Epithelzellen und eigentümlichen, hyalinen Körperchen, die etwas gröfser als Eiterkörperchen waren. Dieselben sind seitdem wiederholt bei dem Patienten nachgewiesen worden. Sie haben eine ovale oder apfelkernförmige, zuweilen auch ganz unregelmäfsige Gestalt, zwei bis vier Flagella am einen Ende und zuweilen eine Art Schwanz. Sie haben grofse Ähnlichkeit mit dem Trichomonas vaginalis Donné.

Philippi-Remscheid.

Über einen Fall von grünem Urin, von A. Garrod. (Nach *Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* 1895. No. 3.) Verfasser zeigte eine Probe eines vollständig klaren, sauer reagierenden Urins, welcher eine Färbung aufwies, wie sie der grünen Chartreuse zukommt. Der Urin stammte von einem 2½ Jahre alten Kinde, welches an einem durch Indigo blau gefärbten Stoffe gesogen hatte. Die Analyse ergab, dafs die grüne Farbe der Flüssigkeit herrührte von der Verbindung der gelben Farbe des Urins mit dem Indigoblau. Durch Filtrieren des Urins verlor dieser gröfstenteils seinen grünen Schimmer, während das Filtrierpapier durch den in der Flüssigkeit suspendierten Indigo sich blau färbte.

Neuhaus-München.

Über das **Cholestearin im Urin**, von Glinski. (Nach *Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* 1894. No. 11.) Im Urin des gesunden Menschen findet sich niemals Cholestearin, dagegen kommt es, wenn auch selten, pathologischerweise vor. Es bildet sich nicht in den Nieren, sondern in den harnabführenden Wegen, bei entzündeter Schleimhaut, auf Kosten der weifsen und roten Blutkörperchen, Epithelien u. a. im Gefolge des Zerfalles von Eiweifskörpern. Nur manchmal fand Bildung von Cholestearin auch im Innern der Niere statt, zwischen dem Epithel der Glomeruli und dem der Bowmanschen Kapsel (bei Morbus Brightii). Die charakteristischen Krystalle können sich sowohl in saurem, wie in alkalischem Urin vorfinden. Die Beobachtung von Glinski bezieht sich auf einen Fall von eiteriger Pyelonephritis, die nach Nierensteinbildung eingetreten war. Die Sektion hat die Diagnose bestätigt.

Neuhaus-München.

Experimentelle Harnsteinbildung nach der Methode von Ebstein und Nicolaier, von Rouville. (Nach *Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* 1895. No. 6.) Verfasser hat schöne Nierenkonkretionen erhalten, als er nach der Methode von Ebstein und Nicolaier Hunden 2,0 Oxamid täglich längere Zeit mit der Nahrung zuführte; nach

acht Tagen, in anderen Fällen nach einem Monate und mehr wurde durch genaue Untersuchung (Sektion, resp. Laparotomie) das Vorhandensein der Steine von verschiedener Größe konstatiert. Das Allgemeinbefinden der Tiere schien nicht zu leiden, obwohl sie eingeschlossen gehalten wurden; wahrscheinlich würden aber dieselben, wenn sie nicht schon relativ früh getötet worden wären, wie bei den Versuchstieren von Tuffier, jegliche Bewegung gemieden und Blutharnen nach heftigen Bewegungen gezeigt haben. Auch experimentell durch Steinbildung erzeugte Hydronephrose ließ sich nachweisen, sie blieb aseptischer Natur. Erst eine sekundäre Infektion würde aus derselben Pyonephrose gemacht haben.

Eine Frage konnte Rouville bis jetzt nicht entscheiden, nämlich folgende: Wenn man einem Tiere durch Nephrektomie eine Niere entfernt und giebt später diesem Tiere mit hypertrophischer, aber gut funktionierender Niere das Oxamid, wie lange wird es noch leben können? Sicher ist ja das Eintreten einer Nephritis und die Bildung von Konkrementen in dieser Niere. *Neuhaus-München.*

Über die **Bedingungen für die Entstehung harnsaurer Sedimente**, von Ritter-Karlsbad. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 18.) Ein erschöpfendes Referat der interessanten Arbeit läßt sich hier kaum geben, wir können daher nur folgendes hervorheben:

Die Untersuchungen von Bence Jones u. a. lehren übereinstimmend, daß das Sedimentum lateritium ein Gemisch von Verbindungen darstellt, welche mehr Harnsäure enthalten, als durch das gleichzeitig vorhandene Alkali gebunden werden kann. Es muß demnach auch in konzentrierten Harnen das saure harnsaure Natron beim Ausfallen wohl eine Umlagerung erfahren, wie sie nach Voit und Hofmann für die Bildung krystallinischer Harnsäuresedimente allgemein angenommen wird und wonach als feststehend zu erachten ist, daß sich Mononatriumphosphat und saures harnsaures Natron unter Bildung von Dinatriumphosphat und Harnsäure umlagern und letztere als unlöslich oder kaum löslich zum Ausfallen gelangt. Zu einer übersichtlichen Orientierung über die Reaktionen, welche zwischen Mono- und Dinatriumphosphat einerseits und dem sauren harnsauren Natron andererseits ablaufen, wurden zunächst Untersuchungen mit künstlich komponierten Mischungen von reinen Lösungen genannter Salze vom Verfasser angestellt. Weiter wurde eine große Anzahl von Harnen, welche einer Reihe von zum Teil gesunden, zum Teil kranken, speziell auch gichtkranken Personen entstammten, in bestimmter Weise untersucht.

In den untersuchten Harnen ließ sich die Entstehung der Sedimente ausschließlich auf das Verhalten der Phosphate zurückführen, und es dürfte kaum ein Grund gegen die Verallgemeinerung des Satzes vorzubringen sein, daß in dem Auftreten oder Unterbleiben von harnsauren Sedimenten überhaupt im wesentlichen eine Wirkung der Phosphate zum Ausdruck kommt, und daß überall da, wo krystallinische Harnsäure oder Sedimentum lateritium auftritt, ein gänzlicher Mangel oder eine relativ ungenügende Menge von Dinatriumphosphat zu Grunde liegt. *Neuhaus-München.*

Bemerkungen über den Wert des Piperazins als Lösungsmittel für Harnsäuresteine im Urin, von J. Fawcett-London. (*Brit. med. Journ.* 22. Dezbr. 1894.) Verfasser gelangt auf Grund seiner Experimente außerhalb des menschlichen Körpers zu der Ansicht, daß Piperazin in einer Lösung von 1 : 1000 gar keinen Effekt hat, daß stärkere Lösungen nur sehr geringe Wirkung auf Steine zeigen.
C. Berliner-Aachen.

Beitrag zum Studium der Piperazinwirkung, von J. Gordon. (*Brit. med. Journ.* 16. Juni 1894.) Verfasser hat Versuche angestellt, um die lösende Wirkung

des Piperazins auf die Harnsäure, sowohl harnsaure Niederschläge, wie harnsaure Steine, zu studieren. Das Resultat der Untersuchungen ist folgendes:

1. Piperazin wird nicht vollständig im Körper oxydiert und kann im Urin nachgewiesen werden.

2. Piperazin, in 1%iger Lösung im normalen, 39° C. warmen Urin anwesend, hat in hohem Grade die Eigenschaft, ein Stück eines Harnsäuresteines zu lösen.

3. Stärker konzentrierte Piperazinlösungen in Urin wirken rascher und vollständiger ein.

4. Jedoch ist der Unterschied der Wirkung bei stärkeren und schwächeren Lösungen kein so wesentlicher, als man erwarten würde.

5. Die lösende Wirkung des Piperazins ist gröfser, als irgend ein anderes unter ähnlichen Verhältnissen angewandtes Agens.

6. Piperazin in starken oder schwachen Lösungen im Urin führt die ungelösten Steinfragmente in einen weichen oder pulpösen Zustand über, wie es kein anderes Mittel unter gleichen Verhältnissen thut. *C. Berliner-Aachen.*

Die Verschiedenheit des Problems der Harnsäureauflösung bei gichtischen Ablagerungen und Konkretionen in den Harnwegen, von Martin Mendelsohn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 18.) Die therapeutischen Bemühungen bei der Bekämpfung der „harnsauren Diathese" leiden vor allem darunter, dafs wir über die natürlichen Löslichkeitsbedingungen der Harnsäure im Organismus nichts wissen. Indem man dieses unbeachtet liefs und sich nur bemühte, den Löslichkeitskoeffizientes für eine bestimmte Menge Harnsäure in Wasser zu erhöhen, kam man zu falschen Ergebnissen. Man kann die Löslichkeitsverhältnisse in der Chemie beeinflussen durch Verminderung der Konzentration, Änderungen der Temperatur, Änderung der Reaktion, endlich Hinzufügung dritter Körper, welche die Lösungsverhältnisse ändern. Die Temperatur ist natürlich im menschlichen Körper wenig zu beeinflussen, die Diluierung und Alkalisierung des Harns haben nicht den gewünschten Erfolg, sind zum Teil auch bedenklich, deshalb griff man zu Lösungsmitteln, wobei aber die Übertragung des Versuches im Reagenzglase auf den lebenden Organismus sich als nicht angängig erwies. Piperazin löst im Harne überhaupt keine Harnsäure auf, wohl aber Urocedin. Lysidin hat in Wasser und auch im Blutserum ein gewaltiges Lösungsvermögen für Harnsäure, das aber sofort aufgehoben wird, sobald Harn zugesetzt wird. Es müssen also im Harn Körper vorhanden sein, welche die Lösungsfähigkeit dieses Mittels, wie des Piperazins aufheben. Diese Körper sind, wie Verfasser gefunden, in den feuerbeständigen, anorganischen Bestandteilen zu suchen; vornehmlich ist es das Kochsalz, welche die aus Lysidinlösungen, seien es Wasser- oder Serumlösungen, die aufgelöste Harnsäure sofort wieder niederschlagen. Man mufs nun annehmen, dafs die Harnsäure normalerweise so im Blute und Harn gelöst ist, dafs die Harnsalze (das Chlornatrium) dieselbe nicht „aussalzen"; ist die Lösungsform der Harnsäure im Körper durch künstliche Mittel geändert, dann geht sofort die „Aussalzung" im Harne vor sich. Dafs gewisse Mineralwässer im stande sind, die Harnsäurelösung im Harn zu bewirken, ist sicher; wie das geschieht, ist aber dunkel. In den praktischen Schlüssen aus seinen interessanten Beobachtungen ist der Verfasser sehr vorsichtig.

Jessner-Königsberg i. Pr.

1. **Das Urocedin Stroschein bei harnsaurer Diathese,** von Holtz. (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 23.) Auf Grund von 75 Fällen von Gicht empfiehlt Verfasser warm das Urocedin. Dasselbe wird gut vertragen im Gegensatz zu den zahlreichen anderen Gichtmitteln. Es ist ein wirkliches Heilmittel, ruft eine gewisse Immunisierung der Gichtkranken gegen Anfälle hervor, kann sogar die Gicht dauernd

beseitigen, wenn der Kranke seine Lebensweise dementsprechend reguliert, Spirituosen meidet, antigichtische Diät einhält und sich viel bewegt.

2. **Einiges über das „Urocedin Stroschein"**, von HUGO LANGSTEIN. (*Prag. med. Wochenschr.* 1894. No. 45.) Selbstbeobachtung und Erfahrungen bei 50 Patienten führen Verfasser zu einem sehr günstigen Urteil über das Urocedin. Es ist von angenehmem Geschmack, besonders in Form von Cakes; es wird selbst in grofsen Dosen gut vertragen; höchstens wirkt es etwas abführend, irritiert weder Magen, noch Herz, steigert die Diurese, befördert sicher die Ausscheidung der Harnsäure, bekämpft mit Erfolg die Schmerzen und ist nicht zu teuer.

3. **Zur Therapie der harnsauren Diathese**, von M. MENDELSOHN. (*Verhandlungen des XII. Kongresses für innere Medizin.*) Auf Grund von experimentellen Untersuchungen und Krankenbeobachtungen gelangt Verfasser auch zu einem sehr günstigen Urteil über das Urocedin, das hauptsächlich aus citronensaurem Natron besteht, daneben schwefelsaures Natron, Chlornatrium, citronensaures Lithium zu enthalten scheint. Der Harn wird durch dasselbe befähigt, die unlösliche Harnsäure in lösliches, saures, harnsaures Natron überzuführen und sich derart mit demselben bei Körpertemperatur zu sättigen, dafs bei niederer Temperatur ein Teil desselben wieder ausfällt. Der Grad des Lösungsvermögens ist nicht immer dem Grade der Acidität genau umgekehrt proportional. Einen wesentlichen Einfluſs übt die Diluierung des Harns aus. Jedenfalls glaubt Verfasser, dafs das Urocedin billigen Ansprüchen bei der Gichtbehandlung zur Zeit genügt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Diagnose und Therapie der Uratdiathese, von GEORG ROSENFELD. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1895. No. 28.) Um festzustellen, wie viel Harnsäure wirklich ungelöst, also in steinbildungsfähigem Zustande die Harnorgane passiert, liefs Verfasser die Patienten mit Uratdiathese den Urin jedesmal auf ein frisches Faltenfilter entleeren. Auf dem Filter blieb dann die ungelöste Harnsäure zurück, und es wurde aus den gesamten Filtern eines Tages ihre tägliche Menge bestimmt, ebenso bestimmte er die Menge der bei Abkühlung des Urins ausfallenden Harnsäure und die völlig gelöst bleibende. Es fand sich nun bei einem Herrn mit Uratdiathese die erste Zahl = 1,05, die zweite = 0,379, die dritte = 0,141, so dass ca. 66% ungelöst entleert wurden. Zu therapeutischen Zwecken verabreichte Verfasser Harnstoff, Ammonium carbonicum und Glycerin und fand, dafs unter gleichzeitiger Darreichung dieser Substanzen die Harnsäureausscheidung bedeutend zurückging, und zwar sowohl die der gelösten, als auch der ungelösten.
F. Hahn-Bremen.

Zum Katheterismus der Harnleiter beim Manne, von MAX NITZE. (*Centralbl. f. Chir.* 1895. No. 9.) Der Katheterismus der Ureteren gelang bisher deshalb nicht, weil die Richtung des eingeführten Instruments nicht derjenigen entspricht, welche die Ureteren in der Blasenwand einschlagen. Giebt man dem Katheter oder der Sonde eine Krümmung, dadurch dafs man ein gekrümmtes Röhrchen passieren läfst, dann gelangt man leicht nicht nur an, sondern in den Ureter. Ein solches Röhrchen hat Verfasser verschieblich der konkaven Seite des Cystoskops angefügt, so dafs dasselbe beim Einführen vorne dem Schnabel anliegt. In der Blase wird die Hülse zurückgezogen und die Sonde, resp. der Katheter dann leicht in den Harnleiter eingeführt. Nach Zurückziehen des Cystoskops samt dem Röhrchen kann man den Katheter auch im Ureter liegen lassen. Der Verfasser wahrt sich gleichzeitig die Priorität für diesen cystoskopischen Katheterismus der Ureteren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Katheterismus der Ureteren, von LEOPOLD CASPER. Der Vortragende legt ein Instrument vor, mittelst dessen man die Ureteren jeder Seite beim Manne und bei der Frau leicht katheterisieren kann. Demselben ist die LOHNSTEINSche

Modifikation des Nitzeschen Cystoskops zu Grunde gelegt. Es sind an diesem noch folgende Einrichtungen getroffen. Unterhalb des Kanals, der den optischen Apparat trägt, verläuft ein zweiter, der vorne etwa 1 cm unterhalb des Prismas mündet. Derselbe soll die Ureterensonde aufnehmen. An der dem Prismas entgegengesetzten Seite liegt der Schnabel, der die Einführung des Instrumentes erleichteren soll. Mit diesem Instrument gelang dem Redner der Katheterismus der Ureteren in zwölf Fällen. Die Bedeutung des Ureterenkatheterismus leuchtet ja leicht ein; man kann die Sekrete beider Nieren getrennt untersuchen, man kann Steine in den Ureteren, selbst im Nierenbecken fühlen, möglicherweise Einklemmungen der Ureteren heben. Pyelitiden werden der Behandlung mit Ausspülungen, ja selbst der permanenten Drainage zugänglich. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 7.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zum Studium der Ausmündungsanomalien der Ureteren und zur Überpflanzung derselben auf die Blase, von F. Colzi. (*Lo Sperimentale.* 9. Mai 1895.) An einen Fall von Mündung des einen Ureters im unteren Teile der Vagina knüpft Verfasser folgende Betrachtungen:

Ein in abnormer Weise ausmündender Ureter kann einer normal funktionierenden Niere angehören.

Zustände, wie im vorliegenden Falle, sind mit unwillkürlichem kongenitalen Harnträufeln verbunden.

Eine solche Difformität kann durch eine Entwickelungshemmung verursacht werden, welche die Trennung des Ureters vom Wolffschen Gange und seine Einmündung in die Blase verhindert. Der unterste Teil des Wolffschen Ganges kann dabei als Fortsetzung des Ureters fortbestehen bleiben.

Die Anomalie läfst sich vollkommen beseitigen, und zwar am besten durch Überpflanzung des Ureters auf die Blase per viam subpubicam. *C. Müller-Bern.*

Als **Beitrag zum Studium der Uretertumoren** beschreibt Jona-Genua. (*Bif. med.* 1894. No. 183) einen Fall von Epithelioma cysticum des Ureters bei einem Manne, der an Pneumonie gestorben war. Die haselnufsgrofse, gestielte Geschwulst safs am untersten Teile des Kanals, ganz in der Nähe der Ausmündung in die Blase. *C. Müller-Bern.*

Über die parasitäre Natur der Ureteritis chronica cystica, von Prof. Pisenti. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. path. Anat.* 1894. No. 15.) Der Verfasser, der früher in einer Arbeit die parasitäre Entstehung der Ureteritis chronica cystica behauptet hat, nimmt diese seine Ansicht gegen Angriffe seitens Prof. Lubarsch in Schutz, der im *Arch. f. mikroskop. Anat.* (15. April 1893) behauptete, die als Parasiten bezeichneten Elemente als degenerierte Epithelien auffassen zu müssen. Die Differenz in der Deutung der Befunde kann natürlich durch einen derartigen Meinungsaustausch nicht ausgeglichen werden. Hierin bedarf es weiterer Studien über die nicht-bakteriellen Parasiten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Fig. 1.

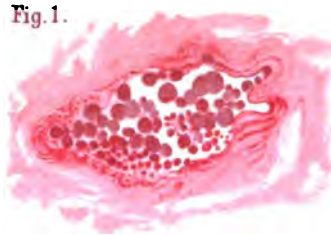


Fig. 2.

Fig. 3.

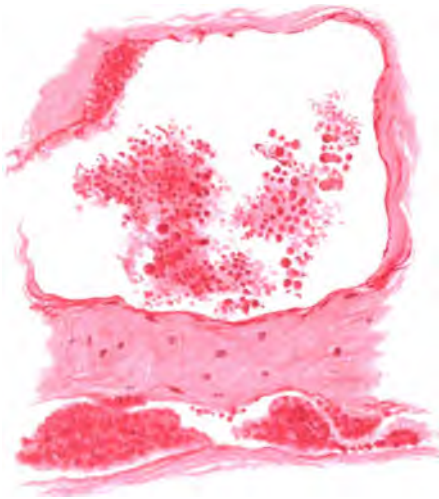


Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 7.

Fig. 6.

Gummelt, del.

Verlag von Leopold Voss in H.

Fig. 8.

Fig. 9.

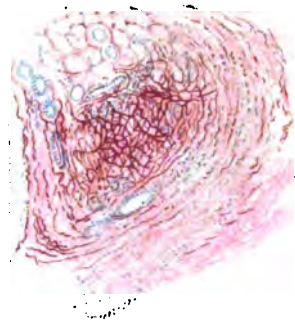


Fig. 10.

Fig. 11.

Fig. 12.

Fig. 13.

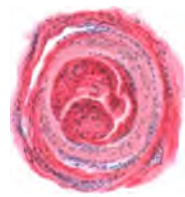
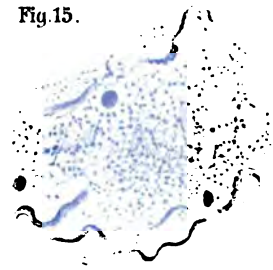


Fig. 14.

Fig. 15.



Lith. Anst. Julius Klinkhardt Leipzig.

Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXII. No. 10. 15. Mai 1896.

Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut.

Von

P. G. Unna.

Einleitung.

Nachdem ich in den letzten beiden Jahren (1894—95) in den *Monatsheften für praktische Dermatologie* diejenigen Färbemethoden in einer Reihe technischer Artikel besprochen habe, deren ich mich bei Abfassung meiner Histopathologie der Haut (*Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie* von J. Orth. Ergänzungsband. II. Teil. Berlin 1894. Verlag von A. Hirschwald) bediente, beabsichtige ich in folgendem die Publikation eines Teiles der bei Abfassung obigen Werkes gewonnenen Sammlung mikroskopischer Präparate. Wer jenes kennt, weifs, dafs die wesentlichen Errungenschaften desselben auf der Basis alter und neuer Färbemethoden gewonnen sind und dafs daher eine der Farben entbehrende Wiedergabe den Wert der meisten und wichtigsten Präparate erheblich beeinträchtigen, ihre Beweiskraft und Anschaulichkeit bedeutend abschwächen würde. Ich bin daher dem Verleger dieser Zeitschrift zu grofsem Danke verpflichtet, dafs derselbe sich entschlossen hat, die wesentlichsten Präparate in sorgfältig ausgeführten Chromolithographien allmählich in zwangloser Folge zu veröffentlichen. Es wird damit dem Leser meiner Histopathologie in den *Monatsheften für praktische Dermatologie* eine Art Bilderatlas gegeben werden, welcher, ohne genau den Gang und die Abgeschlossenheit der *Histopathologie* nachzuahmen, sich doch an den Text jenes Buches anschliefsen wird, denselben stützend und erläuternd. Da die einzige (chromolithographische) Tafel, welche dasselbe enthält, nur neubeschriebene Gewebsläsionen darstellt, so halte ich es für ratsam, die Reihe dieser Präparate mit den bakteriologischen Befunden zu eröffnen, und zwar mit den bakteriellen Invasionen der Oberhaut insbesondere, da diese noch viel weniger gut bekannt sind, als die bakteriellen Prozesse, welche sich allein in der Cutis abspielen. Ich beginne daher mit der staphylogenen Hautentzündung, und zwar mit der entsprechenden Oberhautentzündung, der Impetigo staphylogenes.

I. (Tafel VIII.)
Impetigo staphylogenes.
(H. P.[1] pag. 260ff. und 197ff.)

Figur 1 zeigt den Durchschnitt einer durch Staphylokokken erzeugten Eiterblase auf der Höhe der Entwickelung (am zweiten Tage). Man sieht den rein eiterigen, fast nur aus abgerundeten, polynukleären Leukocyten bestehenden, linsenförmig gestalteten Exsudattropfen zwischen Hornschicht und Stachelschicht der Oberhaut eingelagert, welche ihrerseits gestreckt und abgeflacht, aber sonst durchaus nicht verändert erscheinen, insbesondere keine entzündliche Aufquellung — etwa wie beim Ekzem, bei der Variola — erfahren haben. In der obersten Schicht dieses Eitertropfens erblickt man in ununterbrochener Lage die traubenförmigen (blau gefärbten) Herde der Staphylokokken, das linsenförmige Exsudat wie ein Uhrglas bedeckend. Nur hier und da entfernen sich die Trauben der Eiterkokken etwas von der Hornschicht und dringen in die ihnen entgegenstrebenden Leukocytenmassen ein, ohne übrigens irgendwo von denselben aufgenommen zu werden (Gegensatz zu den Morokokken des Ekzembläschens).

Unterhalb der Eiterblase sind die Epithelleisten und Papillen gleichmäfsig durch den Druck des Exsudates abgeflacht, verkürzt und verbreitert, stellenweise fast zur ebenen Fläche ausgeglichen. Das Epithel der Umgebung zeigt normales Verhalten, nur hin und wieder frisch aufgetretene Mitosen. Auch die Cutis ist normal geblieben; die Gefäfse sind (am ausgeschnittenen Stück) völlig verengt, zeigen nirgends Randstellung und Auswanderung der Leukocyten, wie solche auch nirgends mehr in der Stachelschicht anzutreffen sind. Es besteht sonach ein auffallendes Mifsverhältnis zwischen der rasch aufgetretenen und bedeutenden Eiteransammlung in der Oberhaut und dem Mangel klassischer Entzündungssymptome von seiten der Oberhautzellen und der Cutisgefäfse. Daher ist umgekehrt die staphylogene Impetigo ein klassisches Beispiel für die chemotaktische Lehre von der Entzündung (Leber, Unna); hier besteht weder eine parenchymatöse Entzündung der Oberhaut (Virchow), noch eine entzündliche Veränderung der Cutisgefäfse (Cohnheim); ein rein eiteriges Exsudat ist lediglich durch die chemotaktische Wirkung der unter die Hornschicht eingedrungenen und sich hier vermehrenden Staphylokokken hervorgerufen, indem diese aus der Ferne mit Überwindung sichtlicher Schwierigkeiten (Gefäfswände, Stachelschicht) rasch herbeigelockt sind und den entzündungserregenden Fremdkörper einkapseln. Nach der chemotaktischen Theorie kann die gefäfslose Oberhaut ebensogut Sitz der

[1] H. P. im folgenden = Histopathologie der Haut.

Entzündung werden, wie die Cutis, sobald sie nämlich Zentrum einer Exsudatanlockung wird.

Figur 2. Abheilende staphylogene Impetigo mit serofibrinösem Nachschub. Im grofsen und ganzen liegen die Verhältnisse wie in Figur 1: das Exsudat sitzt zwischen Hornschicht und niedergedrückter Stachelschicht; die Umgebung der Blase zeigt keine nennenswerten Entzündungserscheinungen. Nur war hier die Hornschicht noch mehr überdehnt, und ist daher bei der Alkoholhärtung mehr zusammengefallen, wie man an ihrer Faltenbildung erkennt. Die Kerne der abgestorbenen Eiterzellen sind schlechter färbbar und letztere nicht mehr dicht gedrängt, sondern, besonders im unteren Teile der Blase, von freien, serumhaltigen Räumen und einigen kleinen Fibringerinnseln durchsetzt. Der Papillarkörper ist noch mehr abgeplattet, die Stachelschicht noch weiter niedergedrückt und schickt sich bereits an, eine neue Hornschicht zu bilden, welche aber in dem (alkalisch reagierenden) Serum aufquillt, für den Boden der Blase zu grofs wird und daher faltenwerfend, mit festonartigem Durchschnitt, in die Blase hineinragt. Alle diese, die Abheilung begleitenden Symptome rühren von der Aufnahme einer gröfseren Quantität serofibrinösen Exsudates in die Blase her, und diese hängt wieder zusammen mit dem Absterben der Staphylokokken im oberen Teile der Blase, von denen nur eine geringe Anzahl noch färbbar geblieben ist, ohne dafs eine kräftige Epithelneubildung, wie gewöhnlich, die rasche Abschiebung der Blase bewirkt hat. Während nach der bisherigen Entzündungslehre die eiterige Exsudation gewöhnlich den Höhepunkt der Entzündung bildet, existiert der chemotaktischen Entzündungstheorie zufolge eine solche Stufenleiter der Exsudate im allgemeinen nicht, sondern die Art des Exsudates richtet sich im Einzelfalle ganz nach den Eigenschaften des chemotaktisch wirksamen Körpers. In dem vorliegenden Falle folgt sogar die serofibrinöse Entzündung sekundär auf die von Anfang an eiterige, welche sonst ganz allein für sich die Invasion der Staphylokokken in die Oberhaut charakterisiert.

Figur 3. Typische Abheilung der Impetigo staphylogenes in Form einer staphylokokkenhaltigen Kruste. Die Eiterblase ist durch Austrocknung auf eine kernhaltige Kruste von kleinem Volumen zusammengeschrumpft. In derselben haben sich die Staphylokokken stark tingibel erhalten. Die Kruste besteht also hier nicht — wie beim Ekzem — aus mit Hornzellen untermischtem, geronnenem, serofibrinösem Exsudat, sondern aus Staphylokokken, gemischt mit den zusammengesinterten Resten abgestorbener Leukocyten und noch immer umgeben von der alten, abgehobenen, unveränderten Hornschicht. Den früheren Blasenboden repräsentiert eine dicke Schicht neuer, noch über die Norm grofser und kernhaltiger (parakeratotischer) Hornzellen, unter-

halb welcher die früher komprimierte Stachelschicht einer üppig proliferierenden Platz gemacht hat, welche viele Mitosen und eine unregelmäfsige Neubildung des Leistensystems aufweist. Typisch mittelst Kruste abheilende, staphylogene Impetigines müssen für noch sehr infektionstüchtig angesehen werden.

Figur 4. Ein Stück aus der obersten Schicht der Impetigo staphylogenes (Fig. 1) bei stärkerer Vergröfserung. Man sieht die traubenförmigen Herde der Staphylokokken zwischen — nicht in — den absterbenden Leukocyten.

Circinäre syphilitische Erytheme (Neurosyphilide-UNNA).

Von

Dr. med. LUDW. NIELSEN-Kopenhagen.

Das gewöhnliche, frühe syphilitische Erythem, Roseola minor und major, mag, wie bekannt, im ersten Jahre nach der Infektion, in seltenen Fällen auch später,[1] recidivieren — bisweilen sogar mehrere Male — mit unverändertem Charakter, obschon oft mit einer geringeren Anzahl Flecke. Das Erythem nimmt aber doch, wenn es als Recidiv auftritt, und namentlich als spätes Recidiv, oft andere, von der frühen gewöhnlichen Roseola abweichende Formen an. Von diesen abweichenden tardiven Erythemformen, welche von früheren Verfassern entweder nicht gekannt gewesen zu sein scheinen, oder nur ganz flüchtig und jedenfalls ziemlich unvollständig erwähnt werden, giebt FOURNIER in seinem bekannten Handbuche[2] eine detaillierte Darstellung. Unter dem Namen Roséole de retour beschreibt er eine Efflorescenz, deren Flecke, mit denen der primitiven Roseola verglichen, viel weniger zahlreich, bedeutend gröfser — bis zu Mark- und Thalergröfse — und zugleich bleicher sind; aufserdem wird eine tardive Form von Roséole ortiée mit gröfseren und mehr zusammengestellten Flecken, zum Teil in circinärer Form, erwähnt, und

[1] In ganz seltenen Fällen hat man diese, sonst gewöhnlich sehr schnell unter Quecksilberbehandlung schwindende Roseola Jahr für Jahr dauern und so auch auf diese Weise in der späten sekundären Periode anwesend gesehen. BESNIER beobachtete einen solchen Patienten, dessen Roseola, welche Februar 1887 nachgewiesen wurde, noch im Januar 1889, 25 Monate nach der Infektion, persistierte. VIDAL soll auch ganz ähnliche Fälle ein- oder zweimal gesehen haben. (*Ann. de Derm. et de Syph.* T. X. 1889. pag. 197.)

[2] Leç. clin. sur la syphilis. Ed. II. 1881. pag. 276—279.

schliefslich eine dritte, besonders interessante Form, Roséole circinée. Diese letzte tritt nach FOURNIER gegen Ende des ersten, im Verlaufe des zweiten oder dritten Jahres nach der Infektion, ja bisweilen — nur aber bei früher behandelten Individuen — eben später auf; aufser diesem tardiven Auftreten ist diese Roseola durch ihre circinäre Form charakterisiert. Sie bildet blafsrote, nicht oder nur sehr leicht erhabene Flecke, welche entweder völlig cirkulär, über die ganze Oberfläche rosagefärbt sind, oder weit häufiger als erythematöse Ringe mit normalem Zentrum geformt, oder als Bruchstücke von Bogen, welche oft beim Zusammenstofsen recht eigentümliche Figuren bilden. Die Gröfse entspricht verschiedenen Münzen; aber in einem ganz einzigen Fall sah FOURNIER doch Ringe mit einem enormen Diameter, nämlich bis 8 cm. Ohne Behandlung sind sie sehr resistent, und eben nach derselben sind sie zum Recidivieren sehr geneigt, so dafs es oft notwendig ist, eine ziemlich prolongierte Behandlung einzuschlagen, um sie definitiv zu beseitigen.

Während also dieses circinäre Erythem bis ins dritte Jahr nach der Infektion, ja selbst später soll auftreten können, gehört es doch hauptsächlich der späten sekundären Periode an. Die Kenntnis dieser Efflorescenzform wurde indessen durch Darstellung von Patienten mit solchen Exanthemen und durch nachfolgende Diskussionen in mehreren der wöchentlichen Sitzungen der Ärzte am St. Louis-Hospital zu Paris Anfangs 1889[3] bedeutend erweitert. Ferner wurde diese Frage, gröfstenteils mit Benutzung von FOURNIERS Material in einer von BRAUMAN[4] verfafsten und unter den Auspizien des ersteren herausgegebenen These bearbeitet, und es zeigte sich dann, dafs solche völlig erythematöse Efflorescenzformen, welche also in äufserem klinischen Wert ganz gleich mit den allerfrühesten und meist oberflächlichen der generellen syphilitischen Symptome stehen, so spät im Verlaufe des Leidens auftreten können — eben mehrere Decennien — wie überhaupt irgend ein „tertiäres" Symptom. Diese spät auftretende Efflorescenz wurde somit auch Roseola tardiva oder Éryth. circ. syphil. tertiaire (FOURNIER) genannt. Übrigens gab FOURNIER an, schon vor langer Zeit — nämlich von Zeit zu Zeit in zwanzig Jahren — solche Manifestationen beobachtet zu haben, ohne doch zu glauben, dafs sie syphilitisch wären; da sie sich indessen beständig nur bei Syphilispatienten zeigten, nahm er sie zuletzt für wirklich spezifisch an.

Aufserhalb Frankreichs hat nur UNNA diese tardiven Erythemformen, welche er zum ersten Male schon 1888[5] erwähnt, und die er seiner

[3] Ref. in *Ann. de Derm. et de Syph.* T. X. 1889. pag. 219 (FOURNIER, VIDAL BESNIER), pag. 328 (VIDAL), pag. 336 (VIDAL); auch T. III. 1892. pag. 1151 (SOUPLET, FOURNIER, VIDAL, QUINQUAUD).

[4] *De l'érythème circ. tert. de la syph.* 1891.

[5] Pariser Briefe. IV. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888. Bd. VII. pag. 612.

Auffassung ihrer Pathogenese gemäfs Neurosyphilide nennt, näher studiert. Im übrigen liegen nur ganz wenige und kurze Mitteilungen[6] von diesen Exanthemen vor, deren Kenntnis noch nicht überall völlig durchgedrungen zu sein scheint, wenigstens nach einzelnen der während der letzten Jahre herausgegebenen Handbücher zu schliefsen.

Während meiner fünfjährigen Funktionszeit (Dezember 1890 bis Dezember 1895) als Sekundärarzt am Vestre-Hospital (für prostituierte Weiber) habe ich Gelegenheit gehabt, eine verhältnismäfsig sehr grofse Anzahl von diesen circinären Roseolaformen zu sehen, deren Vorkommen ich früher als im ganzen selten ansehen mufste, sowohl mit Bezug auf die vorliegende Litteratur, als wegen der sehr wenigen Fälle, die ich vorher als Sekundärarzt an der Abteilung des Kommunehospitals für Haut- und Geschlechtskrankheiten beobachtet hatte. Wenn es auch möglich ist, dafs diese Effloreszenzform verhältnismäfsig häufiger bei Weibern, als bei Männern getroffen werde, mufs die wesentlichste Ursache zu ihrem häufigeren Vorkommen am Vestre-Hospital doch gewifs darin gesucht werden, dafs die Patientinnen, welche dieses Hospital rekrutieren, wegen der regelmäfsigen Visitation sehr häufig, selbst für die unbedeutendsten Affektionen, ins Hospital eingelegt werden. Es ist dabei oft viele Jahre hindurch häufig Gelegenheit gegeben, sie über den ganzen Körper zu untersuchen, wobei dann dieses Exanthem als ein mehr zufälliger Fund entdeckt wird, wie es eben der Fall mit manchen dieser Patienten gewesen. Auch früher soll diese Efflorenscenz in dem genannten Hospital häufig gesehen sein, indem gemäfs dem Jahresbericht für 1888 (Prof. Bergh) allein in diesem einzelnen Jahre elf Fälle vorkamen, und zwar, aber besonders als frühe Recidive. Man mufs also im ganzen annehmen, dafs diese Exanthemform gar nicht so selten, als es vorher scheinen konnte, vorkomme, aber wegen ihrer Gutartigkeit und des bisweilen sehr spärlichen Auftretens, ihres Mangels an subjektiven Symptomen und des oft sehr langen Zeitabstandes von der ursprünglichen Infektion wird sie wahrscheinlich oft von dem Patienten selbst übersehen, oder er rechnet sie für unwesentlich, und sie kommt daher seltener zur Observation, oder wird wohl auch oft verkannt. Übrigens meint auch Brauman, der ebenso die Gleichgültigkeit der Patienten in Bezug auf die Behandlung einer scheinbar so unbedeutenden Affektion hervorhebt, dafs diese sich als weniger selten erweisen werde, wenn die Aufmerksamkeit erst mehr darauf gerichtet wird.

Die folgenden Journale über die im obengenannten Zeitraume auf

---

[6] In Hutchinsons kleinem *Handbuche über Syphilis* (1893) werden pag. 349—51 zwei Krankengeschichten mitgeteilt, welche ebenfalls hierher zu gehören scheinen, wie möglich auch einige von den pag. 273—85 erwähnten Fällen von Eruptionen zweifelhaften Ursprunges.

dem Vestre-Hospital vorgekommenen Fälle[7] sind hier in einer etwas zusammengedrängten und zum Teil verkürzten Form referiert und nach der Zeitdauer zwischen der Infektion und dem Auftreten der Efflorescenz geordnet.

No. 1. Hanne G., geb. 1867, Ladenjungfer. 18.VIII.—9.XI. 93. (Vestre-Hospital II.) Erster Ausbruch von Syphilis: Pap. muc. genit. et f. anal., Oedema ind. lab. maj. s., Polyaden., Ros. maj., Epith. fauc. — Inunctionen 70 (20 à 3 g, 10 à 5 g, 40 à 8 g).

17.V.—10.VII. 94 (V.-H. II.) Erstes Rec.: Pap. muc. lab., S. annul., circ. In den letzten paar Tagen ist eine aufserordentlich reichliche Efflorescenz von meistens mark- oder thalergrofsen, flecken- und ringförmigen Syphiliden hervorgekommen; sie greifen überall in einander hinein, sind lokalisiert an Unterleib und Hüften, unterstem Teil der Lendenregion, Nates, innerer und zum Teil vorderer Seite der Schenkel etwa bis zum Knie. An Vorderfläche von Armen und Schultern, vorderster und hinterster Axillarfalte und Reg. scapul., im ganzen ziemlich symmetrisch, sind die Bogen zum Teil kleiner und weniger dicht zusammengestellt. Die Ringe sind ½—1 cm breit, zum Teil ziemlich blafs hyperämisch oder blafs braunrot, lassen hie und da beim Drücken leicht bräunliche Pigmentierung zurück, sind weder infiltriert, noch schuppig, nicht juckend; Zentrum völlig normal. Keine Prodrome, ein wenig Adenit. ingu., cerv. p. d., submax.; Andeutung von Leukoderma colli. Nie Gravidität. — Die Syphilide, welche in der ersten Zeit immer nach dem Bade mehr hervortretend wurden, waren am 9. VI. völlig geschwunden, ohne Spuren. Patientin bekam Inunktionen 50 (à 5 g).

No. 2. Anna H., geb. 1868, Cigarrenarbeiterin. 11.XI. 90—5. I. 91. (V.-H. II.) Erster Ausbruch von Syphilis: Indur. lab. d., Pap. muc. f. anal., Polyaden., Prodrom., Ros. maj. et min., Defl. cap., Epithel. veli pal., Leukod. colli (beim Ausschreib.). Inunkt. 50 (10 à 5 g, 40 à 8 g).

16. XI.—18. XII. 91. (V.-H. II.) Erstes Rec.: Neurosyph. In etwa einem Monat an beiden Armen, meistens Unterarmen, ziemlich symmetrisch, an sowohl Beuge- als Streckseite, vereinzelt auch an Nates, ein Teil pfennig- bis zweipfenniggrofse, blasse, hyperämische, annuläre, nicht juckende Flecke; an den meisten Stellen zu polycyklischen Figuren konfluierend; keine Infiltration oder Abschuppung. Die Ringe etwa 2 mm breit, Zentrum normal. Keine lokalen oder generellen Symptome von Seiten des Nervensystems. Keine Prodrome; unbedeutende Aden. ingu., cerv. p., submax.; Leukoderma colli. Patientin sonst gesund. Nie Gravidität. — Durch Behandlung mit Sol. jodet. kalic. (10—200), ein Efslöffel dreimal täglich, schwand die Efflorescenz ohne Spuren (schon 2. XII).

No. 3. Amalie H., geb. 1872, Sängerin. 13.I.—19.III. 90. (V.-H. II.) Erster Ausbruch von Syphilis: Indur. lab. d., Polyaden., Prodr., Ros. min., Rub. fauc.-Inunkt. 50 (21 à 5 g, 29 à 8 g).

2.III.—21.IV. 91. (V.-H. II.) Erstes Rec.: Ros. maj. p. p., annul. In etwa drei Wochen an Truncus, Nates, Schenkeln, an Crura und gegen den Hals allmählich abnehmend, sowohl an der Beuge- als Streckseite zahlreiche zerstreute, pfennig- bis

---

[7] Für die Erlaubnis zur Benutzung der Journale danke ich hier dem Oberarzt, Herrn Prof. Bergh. Supplierende Erkundigungen bezüglich mehrerer der Patienten über frühere syphilitische Affektionen, behandelt auf der Abteilung des Kommunehospitals für Haut- und Geschlechtskrankheiten, verdanke ich der getälligen Freundlichkeit des Herrn Prof. Haslund. — Die meisten von diesen Patienten hatten zugleich Blennorrhoe oder pseudovenerische Krankheiten, welche zuweilen ihren Aufenthalt im Hospital verlängert haben.

mehr als thalergroſse Flecke von bräunlicher hyperämischer Farbe, nicht infiltriert oder schuppig; die kleineren rundlich, die gröſseren annulär mit normalem Zentrum. Kein Jucken. Keine Prodrome oder hervortretende Glandelgeschwülste, kein Leukoderma. Ein Abortus im 7. Monat V. 90. — Nach vorübergehender bräunlicher Pigmentierung schwand die Efflorescenz völlig nach Inunctionen 45 (10 à 5 g, 35 à 8 g).

No. 4. Anna N., geb. 1867, Näherin. 17. IV.—22. VI. 91. (V.-H. II.) Erster Ausbruch von Syphilis: Polyaden., Prodr., S. papul. mil. conf., Defl. cap., Laryng., Inunkt. 50 (42 à 5 g, 8 à 8 g).

3. VIII.—23. IX. 92. (V.-H. II.) Erstes Rec.: Polyaden., Syph. annul. nat. et femor. An Nates und Hinterseite von Femora ziemlich zahlreiche, hyperämische, nicht schuppende Flecke, zum Teil konfluierend; die meisten annulär bis etwa Thalergröſse. Keine Prodrome, kein Leukoderma; Wohlbefinden. — Nach vorübergehender schwacher, bräunlicher Pigmentierung war die Efflorescenz den 3. IX. beinahe geschwunden, und beim Ausschr. völlig beseitigt nach Inunktionen 50 (10 à 5 g, 40 à 8 g.)

No. 5. Flemine P., geb. 1861, Näherin. 10. VII.—15. IX. 91. (V.-H. II.) Erster Ausbruch von Syphilis: Pap. lab. et f. anal., Polyad., Prodr., Ros. maj., S. pap., Crustae cap., Defl. cap., Ang. syph., Leukoderma colli (beim Ausschr.). — Inunktionen 50 (34 à 5 g, 16 à 8 g).

16. XI. 91—10. I. 92. (V.-H. II.) Erstes Rec.: Polyad., Prodr., Ros. maj., Rub. fauc., Leukod. colli. — Inunktionen 50 (10 à 5 g, 40 à 8 g).

11. I.—18. III. 93. (V.-H. II.) Zweites Rec.: Syph. annul. An Hals, Rücken, Nates, Abdomen, Ober- und Unterarmen, vorderer und innerer Seite der Schenkel, ziemlich symmetrisch findet man zum Teil sehr groſse, schmale (etwa 2—5 mm), teilweise ziemlich schwach hyperämische, nicht infiltrierte oder schuppende Bogenlinien, groſse Festons oder geschlossene Ringe bildend. Kein Jucken. Die letzten Tage Stirnkopfweh gegen Abend; ein wenig Schwindel. Leukoderma colli; Polyaden. Nie gravid. An der inneren Seite beider Schenkel gruppenweise auftretende Pigmentierung nach einer Efflorescenz, welche nach dem letzten Ausschr. entstanden war und von Patientin selbst mit Jodkalium behandelt. — Nach der Efflorescenz, welche schon den 5. II. beinahe geschwunden war, gab es keine Spuren beim Ausschr. Patient bekam Jodkalium in fünf Tagen und Inunktionen 50 (à 5 g).

No. 6. Ingeborg L., geb. 1872, Dienstmagd. 8. II.—12. IV. 94. (V.-H. II.) Erster Ausbruch von Syphilis: Pap. muc. ano-genit., Polyad., Prodr., Defl. cap., Rub. fauc. — Inunktionen 48 (à 5 g).

23. VII.—5. IX. 95. (V.-H. II). Erstes Rec.: Syph. pigment. nat., S. papul. agglom. retrogr. Vor etwa fünf Monaten kam im Verlaufe weniger Tage die gegenwärtige Efflorescenz hervor. Symmetrisch an beiden Nates, sich in Reg. sacral. hinauf erstreckend, eine sehr verbreitete, etwas unregelmäſsig, bräunlich pigmentierte, nicht schuppige Fläche ohne Infiltration oder Narbenbildung. Am untersten Teil vom linken Nates mehrere pfennig- bis markgroſse, ähnliche pigmentierte Flecke, doch mit eingemischter frischerer Hyperämie und mit etwas ausgebleichtem Zentrum; die groſse pigmentierte Fläche scheint von solchen konfluierenden Flecken gebildet. An beiden Unterextremitäten, namentlich um die Knie und an der äuſseren Seite der Femora mehrere, bis handflächengroſse Gruppen von bräunlich pigmentierten und zum Teil hyperämischen, gröſseren und kleineren, etwa erbsengroſsen Flecken mit undeutlichen, etwas gröſseren Bogensegmenten zusammengestellt, zum Teil ein wenig papulös infiltriert und fein schuppig. Kein Jucken. Geringe Polyad,; kein Leukod.

Ein Abortus II. 95. — Beim Ausschr. gab es nur Andeutung von Pigmentierung nach der Efflorescenz. Inunktionen 40 (à 5 g).

No. 7. Jens H., etwa 30 Jahre, Arbeitsmann (von privater Praxis.) 4. V.—14. VII. 94. Erster Ausbruch von Syph.: Indur. praep., Lymph. penis, Polyaden., Ros. min. Inunktionen 30 (à 4 g). — 15. XI. — XII. 94. Erstes Rec.: Polyad., Syph. papul.-tuberc. aggl. dorsi man. et colli, Crust. cap., Pap. fauc. Inunctionen 30 (à 4 g). — III.—IV. 95. Präventiv-Kur: Inunctionen 25 (à 4 g).

10. X. 95. Zweites Recidiv: Eryth. syph. circ. In etwa einem Monat gegenwärtige Efflorescenz. An der vorderen und äufseren Seite beider Schenkel, an Nates und Hüften findet man recht zahlreiche, an der Hinterfläche der Schenkel, an Crura, in der rechten Reg. lumbal., an Unterarmen und Scrotum nur einzelne pfennig- bis mehr als thalergrofse, halb ausgewischte Flecke von schwach rosiger oder rötlichbrauner Farbe; beim Drücken wird eine ziemlich helle, bräunliche Pigmentierung zurückgelassen. Keine oder nur in einzelnen Flecken eine ganz schwache Infiltration; einzelne bräunliche Flecke sind ganz fein kleienförmig schuppig beim Kratzen. Die meisten Flecke sind annulär mit gesundem Zentrum; am Scrotum ein einzelner, mehr als thalergrofser, etwa 2 mm breiter, nicht ganz vollständiger Ring. Kein Jucken. Die Efflorescenz, welche nach dem Bade stärker hervortretend sein soll und im ganzen sehr wechselnd in Farbenstärke, wurde beim Untersuchen auch erst recht deutlich, nachdem Patient einige Zeit entkleidet stehen geblieben, wobei nach und nach mehrere halb ausgebleichte Flecke, die nicht gleich bemerkt wurden, hervortraten. Geringer Rest von Indur. und Polyaden. Sonst vollständiges Wohlbefinden. Rp. Inunctionen. Patient blieb später aus.

Wie man sieht, sind die fünf ersten von diesen Krankengeschichten typische Fälle der von FOURNIER beschriebenen Ros. circinée; die zwei letzten weichen in einigen Symptomen etwas davon ab, nämlich in der teilweise anwesenden schwachen Infiltration und feinen Abschuppung. Bei allen Patienten trat die Efflorescenz (als erstes oder zweites Recidiv) von etwa zehn Monaten bis etwa $1^1/_2$ Jahr nach der Infektion auf. In ganz seltenen Fällen mag eine solche Erythemform jedoch gleich als erster Ausbruch von Syphilis erscheinen. Bei einem privat behandelten Patienten mit Induration und Polyadenitis stellte sich so, statt der zur gewöhnlichen Zeit erwarteten gemeinen Roseola, eine recht grofse Anzahl von etwa markgrofsen und ein wenig kleineren, schmalen, wohl markierten, leicht hyperämischen Ringen ein, mit völlig normalem Zentrum, ohne Infiltration, Schuppenbildung oder Jucken und ohne peripheren Wuchs. Die Efflorescenz, welche am obersten Teile des Thorax, Reg. deltoidea und ein wenig am Oberarm hinab angeordnet war, schwand durch Quecksilberbehandlung nach Verlauf weniger Wochen. Ein etwas ähnlicher Fall scheint der von ÉTIENNE[8] mitgeteilte zu sein, sowie auch BRAUMANS *Obs.* XXIX[9] und möglich auch zwei von MANSSUROW[10] veröffentlichte Fälle.

In den unten folgenden Krankengeschichten handelt es sich um eine

---

[8] Syph. érythém. circin. contemp. des accid. sec. précoces. Ref. von *La Médec. moderne.* 1893. pag. 854 in *Annal. de Derm. et de Syph.* T. V. 1894. pag. 156.

[9] L. c. pag. 127.

[10] Ros. syph. annul. Ref. in *Vierteljahrschr. f. Derm. und Syph.* 1887. pag. 387.

und Ung. hydrarg. lokal in der letzten Woche, war die Efflorescenz beim teilweise ausgebleicht, aber nicht ganz geschwunden.

15.IX.—19.XI. 93. (V.-H. II.) Syph. annul., circ. maj. (invet.) Nur schwache nach der letztes Mal anwesenden Efflorescenz. Im Verlaufe des Sommers ist n wieder teilweise geschwundene, Efflorescenz hervorgekommen; man sieht eser pigmentierte Flecke in zum Teil ring- und bogenförmig geordneten n an beiden Schultern, linkem Ellenbogen und Unterarm, innerer Seite des Schenkels und Crus und um beide Fufsgelenke herum. Geringe Adenit. inguin. Leukoderma. Nie Gravidität. — Beim Ausschr. gab es nur geringe Spuren er Efflorescenz an dem Fufsrücken nach Inunktionen 60 (30 à 5 g, 30 à 8 g).

No. 10. Helene C., geb. 1868. Scortum (von 1888). 24.IX.—13.IX. 88. (V.-H. I.) r Ausbruch von Syphilis: Polyaden., Podr., Ros. min., Crustae cap., Defl. - Inunctionen 45 (10 à 5 g, 35 à 8 g).

3.VI.—12. VIII. 89. (V.-H. I.) Erstes Rec.: Polyad., Prodr., Pap. trunc. et sup. — Inunctionen 45 (10 à 5 g, 35 à 8 g.)

a) 25. VI.—13. VIII. 90. (V.-H. I.) Zweites Rec.: Syph. annul., circ, papul. In Reg. sacral. und an der inneren Seite des untersten Teiles beider Unterarme ine undeutliche, schwach hyperämische, nicht erhabene oder juckende Ringe Bogen. An der Hinterseite beider Schultern ein paar grofse, nicht juckende, bildende Papelgruppen. — Die Efflorescenz war schon am 14. VII. geschwunden h Behandlung mit Jodkalium ein paar Tage und Inunctionen 40 (10 à 5 g, 8 g).

b) 11.VII.—21.VIII. 92. (V.-H. I.) Drittes Rec.: Syph. annul. colli et thorac. ünf Tagen ein achtförmiger, hyperämischer, leicht erhabener und schuppiger Fleck ler Vorderfläche von Thorax; am Halse mehrere, ein wenig schuppende Flecke Tendenz zur Ringform. Kein Jucken. Ein wenig Aden. inguin. et submax. — Nach nctionen 40 (10 à 5 g, 30 à 8 g) war die Efflorescenz beim Ausschr. ohne Spuren chwunden.

No. 11. Camilla H., geb. 1868. Scortum (von 1890). 14.IX.—14.XII.88. (V.-H. II.) rster Ausbruch von Syphilis: Polyaden., Ros. min., Epith. veli pal., Leukod. lli. — Inunctionen 37 (33 à 5 g, 4 à 8 g).

20. X.—22. X. 92. (V.-H. I.) Bei Patientin, welche wegen einer unbedeutenden xcor. lab. d. eingelegt war, fand man an Vorder- und Seitenfläche von Truncus ehrere, bis thalergrofse, ziemlich schmale, hyperämische, nicht schuppende oder uckende Ringe ohne Infiltr. Sie soll nicht früher Rec. von Syphilis gehabt aben. — Bei später wiederholten (am mindesten sechs) Einlegungen wegen anderer Affektionen in 1893 und 1894 (letztes Mal im September; sie war dann Alkoholistin) wurde keine Efflorescenz nachgewiesen.

No. 12. Ane C., geb. 1863. Scortum (von 1890). 25. XI. 89—25. II. 90. (V.-H. II.) Erster Ausbruch von Syph: Indur. lab. d., Pap. ano-genit., Polyaden., Prodr., Rub. fauc. — Inunktionen 7 (merc. Ekzem) und Pil. hydr. salic. 150.

25. III.—26. IV. 90. (V.-H. II.) Erstes Rec.: Epith. veli pal. — Sol. jod. kal.

7. VI.—16. VIII. 90. (V.-H. II.) Zweites Rec.: Polyad., Prodr., Ros. maj., Syph. desq. palm. et plant., Defl. cap., Rub. fauc., Laryngit.—Inject. chl. hydr. corr. 20.

14. X.—14. XII. 90. (V.-H. I.) Drittes Rec.: Polyad., Ros. min., Epith. veli pal. — Inunktionen 45 (à 5 g.).

10. III.—2. IV. 91. (V.-H. I.) Viertes Rec.: Epith. veli pal.—Sol. jod. kal.

24. VII.—27. VIII. 91. (V.-H. I.) Fünftes Rec.: Ros. palm. et pl., Epith. veli pal., Leukod. colli.—Sol. jod. kal., Ung. hydr. palm. et pl.

30. III.—10. VI. 93. (V.-H. I.) Sechstes Rec.: Polyaden., Pap. hypertr. anogenit., Periost. front., Leukod. colli.—Inunktionen 45 (à 5 g.)

12. IV.—11. VI. 94. (V.-H. I.) Siebentes Rec.: Syphil. annul., Pap. muc. lab. Die Efflorescenz, welche vor etwa zwei Monaten anfing, ist dann und wann vorübergehend ein paar Tage verschwunden gewesen und ist verschieden stark hervortretend zu verschiedenen Zeiten des Tages. An der Flexorseite beider Unterarme, linkem Oberarm und Femora sieht man verschiedene pfennig- bis markstückgroſse, annuläre, ganz schwach und fein schuppende, leicht erhabene, hyperämische Flecke, ein einzelner Halbring an linker Seite des Halses. Kein Jucken oder Sensibilitätsstörungen. Wohlbefinden. Pap. muc. lab. maj., geringe Polyadenitis. Andeutung zu Leukoderma colli. — 8. V. Letzte Woche sind ähnliche Ringe über dem rechten Knie hervorgekommen. — Die Efflorescenz, welche zu Zeiten fast unsichtbar war, um dann wieder stärker hervorzutreten, war beim Auschr. ganz geschwunden nach Jodkalium (in einer Woche) und Inunktionen 40 (26 à 5 g, 14 à 8 g).

No. 13. Mathea G., geb. 1867. Scortum (von 1889). 6. IX. 88—25. I. 89. (V.-H II.) Erster Ausbruch von Syphilis: Pap. muc. lab., Polyad., Epith. veli pal., pigm. Spuren nach fleckenförmiger Efflorescenz. — Inunktionen 50 (10 à 5 g, 40 à 8 g).

a) 15. I.—21. III. 91. (V.-H. I.) Erstes Rec.: Neurosyph., Syph. pap. mil. p. p. pust. In Reg. sacral. und etwas gegen die Seiten verbreitet, ein Teil kleinere und gröſsere — bis markstückgroſse, etwas verwischte, hyperämische, annuläre Flecke, welche teilweise eine bräunliche Pigmentierung zurückgelassen haben. Gruppen von miliären Papeln und Pusteln, zum Teil schortbedeckt um beide Knie und Reg. cocc. herum. Keine Prodrome. Kein Leukoderma. Wohlbefinden. — Nach Jodkalium in etwa zwei Wochen und Inunktionen 40 (10 à 5 g, 30 à 8 g) waren die Syphilide schon d. 5. II. beinahe geschwunden und völlig beseitigt beim Ausschr., welches wegen Peritonitis lokal. verspätet wurde.

b) 30. V.—13. VII. 92. (V.-H. I.) Zweites Rec.: Syph. annul. local. An Nates, hinterer und äuſserer Seite der Femora, in geringerem Grade an der vorderen Seite von Unterarm und Crura findet man bis gut thalergroſse, ziemlich schmale, annuläre nicht schuppende Flecke; einzelne von den Ringen lösen sich in gesonderte, kaum erhabene Elemente auf. Die Farbe ist groſsenteils bräunlich, für einen minderen Teil mehr hyperämisch. Die Flecke sollen häufig schwinden und von neuen abgelöst werden und zeigten sich an Nates und Femora schon im April 1892 während eines zweitägigen Hospitalaufenthalts. Kein Leukoderma; Wohlbefinden. — Nach Inunktionen 40 10 à 5 g, 30 à 8 g) war die Efflorescenz ohne Spuren geschwunden (schon d. 23. VI).

c) 30. I.—13. II. 93. (V.-H. I.) Drittes Rec.: Syph. annul. Ganz ähnliche Flecke an Armen, Reg. lumb. und Nates, welche durch Behandlung mit Jodkalium schwanden (schon d. 7. II.).

d) 12. X.—30. XI. 93. (V.-H. I.) Viertes Rec.: Syph. annul., papul. circ. In etwa 14 Tagen an Femora, vereinzelt an Nates, in linker Lendengegend und abwärts am linken Crus einige schmale pfennig- bis mehr als thalergroſse, ring- oder pferdeschuhförmige, hyperämische, ganz ausnahmsweise feinschuppende Flecke ohne Jucken. Die Efflorescenz an Femora ist von ring- und bogengestellten, kleinen bräunlichroten Papeln zusammengesetzt. Nie Gravidität. — Die Efflorescenz war d. 14. XI. geschwunden. Patientin bekam Inunktionen 45 (10 à 5 g, 35 à 8 g). Bei späteren Einlegungen in 1893 und 1894 (letztes Mal im Juli) wurde kein Recidiv nachgewiesen.

No. 14. Christiane J., geb. 1866. Scortum (von 1888). 12. VII.—30. VIII. 86. (V.-H. II.) Erster Ausbruch von Syphilis: Polyad., Pap. muc. ano-genit., Pap. trunci, Rub. fauc., Leukod. colli (beim Ausschr.). — Inunktionen 35 (à 5 g).

7. VIII.—24. IX. 90. (V.-H. I.) Erstes Rec.: Pap. muc. genit., Ang. syph.— Jodkalium in neun Tagen, Pil. sal. hydr. 100.

28. VII.—11. VIII. 91. (V.-H. I). Zweites Rec.: Neurosyphilid. An linken Nates ein paar mehr als pfenniggroſse, annuläre hyperämische Flecke ohne Infiltration oder Schuppenbildung; ein paar kleinere, sehr verwischte in Reg. cocc. und am Rücken. Am Unterleib und der inneren Seite von Femora ähnliche, bis 5 cm im Diameter groſse Ringe. Keine ausgesprochene Symmetrie. Nie Gravidität. — Nach Behandlung mit Jodkalium war die Effloreszenz beim Ausschr. blasser. — Bei einem zweitägigen Aufenthalt im Hospital ein Monat später fand man an Unterleib, Nates und Femora von thalerbis jetzt handflächengroſse Ringe.

Bei einer späteren Einlegung (28. IX.—28. X. 91) — Patientin war dann Alkoholistin — war diese Effloreszenz spontan geschwunden; Patientin wurde aber dann mit Jodkalium für Pap. hypogl. et f. anal. behandelt. — Im Jahre 1892 wurde Patientin dreimal und im Jahre 1893 zweimal mit Jodkalium und Sapo merc. für beständig recidivierende, stark schuppige, bogen- und ringförmige Syphilide im Gesicht von papulo-tuberkulösem Charakter behandelt. Das annuläre Erythem wurde nicht später beobachtet, auch nicht bei einer späteren Einlegung im Juli 1894.

No. 15. Ludovica W., geb. 1865. Scortum (von 1889). a) 4. XI. 90—8. I. 91. (V.-H. I.) Syph. circin., Pap. crust.

Nie früher für Syphilis behandelt. Kein Leukoderma, nie Gravidität. An der äuſseren Seite der rechten Wade ein paar rötlichbraune, konzentrische Ringe mit einem etwa pfenniggroſsen miſsgefärbten Zentrum; um linkes Knie herum undeutliche Reste von ähnlich pigmentierten Ringen und eine Gruppe von krustenbedeckten, bräunlichen, papulären Syphiliden, einzelne derselben auch an rechter Wade. An der Stirn und übers Augenlid hinabgehend miſsgefärbte, in einem gröſseren Bogen zusammengestellte, nicht juckende Papeln. Die Effloreszenz soll mehrere Monate gedauert haben. — Die Effloreszenz schwand unter Behandlung mit Jodkalium (in wenigen Tagen) und Inunktionen 50 (10 à 5 g, 40 à 8 g).

b) 13.I.—9./II. 93 (V.-H. I.) Syph. annul. maj. Am Unterleib über Umbilic. sieht man eine festonnierte, annuläre Effloreszenz, eine handflächengroſse, normale Hautinsel umschlieſsend. Der Ring ist 2—3 mm breit, hellrot, unmerkbar erhaben, nicht schuppend oder juckend; an linker Seite konfluiert er mit einem kleineren Ringe, gleich auſser der Peripherie mehrere, etwa erbsengroſse Flecke. An linken Nates ein ähnlicher, mehr verwischter, etwa apfelsinengroſser Ring und nach unten in linker Reg. infrascap. ein hie und da unterbrochener ovaler Ring. Kein Leukoderma. Die Effloreszenz in wenigen Tagen beobachtet, sonst kein Ausbruch seit letztem Hospitalaufenthalt. — Nach Jodkalium und Sapo merc. lokal war die Effloreszenz beim Ausschr. geschwunden. Bei mehreren späteren Einlegungen in 1893—94 (letztes Mal im November) wurde kein Recidiv nachgewiesen.

c) 15. III.—4. V. 95. (V.-H. I.) Syph. annul. trunci et extrem. In rechter Regio lumbalis zwei, in linker ein ovaler, quergestellter, 2—3 mm breiter, hyperämischer Ring, 7—12 cm im längsten, 4—5 cm im kürzesten Diameter; jeder der Ringe ist von mehreren konfluierenden Bogensegmenten zusammengesetzt. Unter rechter Clavicula, um Umbilic. herum und im rechten Hypochondrium ähnliche groſse Ringe; an der inneren Seite des rechten Femur noch gröſsere, zum Teil festonnierte Ringe; kleinere im rechten Poples. Die Effloreszenz soll gleich bei dem Hervorkommen vor etwa 14 Tagen die jetzige Gröſse gehabt haben. Die Hyperämie ist ziemlich schwach, leicht rosig, läſst beim Drücken eine ganz schwache bräunliche Pigmentierung zurück; keine Infiltrat. oder Schuppenbildung. Die Haut im Zentrum normal. Kein Jucken oder objektiv nachweisbare Sensibilitätsstörungen. Kein Exanthem seit letztem

Hospitalaufenthalt. Patient ist sonst gesund; keine besonders hervortretende Glandelgeschwülste; kein Leukoderma; nie Gravidität. — 21. III. An der Beugeseite des rechten Unterarms über dem Handgelenke ist seit gestern ein etwa handflächengroſser, frisch hyperämischer Fleck hervorgekommen mit ziemlich scharf abgesetzter, unregelmäſsiger, festonnierter Begrenzung, zusammengesetzt von 5—6 konfluierenden, von pfennig- bis markstückgroſsen, runden Flecken mit nur andeutungsweise zentraler Ausbleichung. — Die Efflorescenz über rechtem Handgelenk schwand schon völlig drei Tage nach dem Hervorkommen; die übrige Efflorescenz, welche schnell auszubleichen anfing, war völlig geschwunden ohne Pigmentationen den 14./IV. Inunctionen 45 (à 5 g).

No. 16. Anna J., geb. 1865. Scortum (von 1883). 12./IV.—2./VII. 84. (Allg. Hosp.) Erster Ausbruch von Syphilis: Indur. nymphae s., Polyad., Prodr., Pap. muc. f. anal., Ros. maj., Rub. fauc. — Inject. chlor. hydr. corr. 25.

28. VIII. — 14. XI. 84 (Allg.-Hosp.) Erstes Rec.: Polyad., Prodr., Ros. maj., Epith. tons. — Inunktionen 20 (à 5 g).

9. I.—20. III. 85. (Allg.-Hosp.) Zweites Rec.: Prodr., Pap. reg. hypoglut. et alae nasi, S. eryth.-psor., Defl. cap. — Inunktionen 40.

4. XII. 90—24. I. 91 (V.-Hosp. I.) Drittes Rec.: Syph. circin. maj. Folgende Efflorescenz ist im Verlaufe letzten Jahres hervorgekommen. In linker Regio lumbalis ein mehr als kinderhandgroſser, etwa ½—1 cm breiter, schwach hyperämischer Ring, ohne Infiltration oder Abschuppung mit normalem Zentrum; eine ganz ähnliche schmale festonnierte Bogenlinie, etwa zwei Drittel eines Zirkels, umschreibt mit der Konvexität nach oben die ganze Regio cocc. und angrenzenden Teil von beiden Nates; an jeder Seite, mit den Enden dieses Bogens zusammenhängend, ein ähnlicher, fingerringgroſser geschlossener Ring. In der Gegend von 10—12 Costae ein mehr ausgewischter Ring, wovon eine schmale Bogenlinie quer über dem Rücken zieht. — 12. XII. Ein wenig unter Umbilic. ist ein markstückgroſser, neuer annulärer Fleck hervorgekommen, an der äuſseren Seite vom rechten Femur nach oben ein beinahe kinderhandgroſser, ausgewischter Ring und aufwärts an der Vorderfläche ein ähnlicher, beinahe kinderkopfgroſser; in der rechten Regio infrascapularis ein sehr verwischter, ovaler, annulärer Fleck, wie ein halbes Kartenblatt. Keine Infiltrat., Schuppenbild. oder Jucken. Kein Leukoderma. — Nach Inunktionen 45 (à 5 g) war die Efflorescenz beim Ausschr. geschwunden. — Bei wiederholten späteren Einlegungen in 1892—93 und Juli 1894 wurde kein Recidiv nachgewiesen.

No. 17. Maren C., geb. 1862. Scortum (von 1887). 14. IX.—22. XII. 85. (Komm. Hosp. IV.) Erster Ausbruch von Syphilis: Indur. ulc. lab. sup., Aden. submax., Pap. lab. maj., Roseol., Leukod. colli. — Inunktionen 70.

22. VII. — 11. IX. 86. (V.-H. II.) Erstes Rec.: Pap. muc. lab. s., Polyaden., Prodrom., Ros. min., Defl. cap. — Inunktionen 35 (à 5 g).

a. 16. VI.—2. VIII. 87. (V.-H. I.) Zweites Rec.: Syph. annul. trunci et extrem., S. papul. nat. et femor.

In etwa einer Woche bräunlichrote, annuläre, nicht juckende Syphilide am Truncus, besonders Unterleib und Nates, und einzelne an der Beugeseite von den Armen und der inneren Seite von Femora; über beiden Nates hinab mifsgefärbte Papeln. Geringe Polyadenitis. — Die Efflorescenz war beinahe völlig geschwunden schon den 2. VII., und ganz beseitigt beim Ausschr. nach Inunctionen 40 (à 5 g).

28. V.—20. VII. 88. (V.-H. I.) Drittes Rec.: Polyaden., Pap. aggl. nuchae, supraclav. s., dorsi, nat. — Jodkalium (in einer Woche) und Inunctionen 45 (10 à 5 g, 35 à 8 g).

b. 27. X. — 17. XII. 92. (V.-H. I.) Viertes Rec.: Syph. annul. et papul. aggl. trunci et extrem.

In rechter Regio infrascapularis zwei etwas verwischte, zusammenstoſsende, hyperämische Ringe, nach oben an rechter Seite vom Thorax ein schmaler, hyperämischer Halbring, 4—5 Zoll lang. Unter linker Mamma ein ovaler, quergestellter, in einzelnen Elementen aufgelöster Bogen von Flecken und Papeln; an der Hinterseite des rechten Schenkels eine bogenförmige Reihe von kleinen Papeln und zwei kleinere Papelgruppen über rechtem Trochanter major. Kein Leukoderma. Ein Abortus in 1890. Den 1. XII. gab es nur schwache Spuren nach der Efflorescenz. — Ausgeschr. nach Behandlung mit Jodkalium in einer Woche und Inunktionen 45 (10 à 5 g, 35 à 8 g). Bei wiederholten späteren Einlegungen in 1893—94 (Juli) wurde kein Recidiv nachgewiesen.

No. 18. Helga R., geb. 1863. Scortum (von 1882). 28. VIII.—6. X. 82. (Allg.-Hosp.) Erster Ausbruch von Syphilis: Indur. lab. d., Polyaden., Prodr., Ros. maj., Eryth. fauc. — Inject. bicyan. hydr. 27.

13. XI. 82—3. I. 83. (Allg. H.) Erstes Rec.: Polyad., Ros. maj., Pap. muc. reg. hypogl. et lab. sup., Epith. veli pal. — Jodkalium (etwa ein Monat) und Inunktionen 35.

12. IV.—15. VI. 83. (Allg. H.) Zweites Rec.: Prodr., Ros. maj., Defl. cap., Rub. fauc. c. Epith. — Inunktionen 40.

19. III.—21. V. 91. (V.-H. I.) Drittes Rec.: Syph. eryth. circ., arcuat.

An Vorderfläche des linken Femur ein sehr groſser Ring; an Vorderfläche des rechten Femur, äuſserer Seite beider Hüften, innerstem Teil von Reg. epiglut. und über der Reg. pub. groſse Bogen. Die Efflorescenz schwach erhaben, gelblichrot, nicht schuppig oder juckend. In den letzten Tagen Kopfweh, Kardialgie und Mattigkeit. In 1886 ein Abortus im vierten Monat. — Nach Inunktionen 40 (à 5 g) war die Efflorescenz beim Ausschreiben geschwunden. — Bei wiederholten späteren Einlegungen in 1892, 1893 und (Juli) 1894 wurde kein Recidiv nachgewiesen.

No. 19. Olga A., geb. 1866. Scortum (von 1885). 15. VIII.—22. IX. 84. (Komm.-H. IV.) Erster Ausbruch von Syphilis: Polyad., Pap. gen. et perigen. — Inj. formam. hydr. 10.

10. II.—12. IV. 86. (V.-H. I.) Erstes Rec.: Pap. interfem. et rimae nat., Pap. aggl. fem. s. — Inunktionen 30 (à 5 g).

24. VIII.—25. IX. 93. (V.-H. I.) Zweites Rec.: Syph. annul. extrem. In vier Tagen ganz schwach erhabene, blaſsrote, nicht juckende, annuläre und gyrierte Syphilide an der Beugeseite des linken und Streckseite des rechten Unterarmes, und an den Unterextremitäten, besonders an der Vorderfläche über und unter den Knien; am Truncus nur ein pfennigstückgroſser, annulärer Fleck in linker Reg. lumb. Geringe Polyad. Nie gravid. — Nach Behandlung mit Jodkalium (10—200, ein Eſslöffel dreimal täglich) war die Efflorescenz beim Ausschreiben völlig geschwunden. — Bei wiederholten späteren Einlegungen, letztes Mal in Dezember 1894, wurde kein Recidiv nachgewiesen.

No. 20. Rudolfine F., geb. 1863. Scortum (von 1883). 6. IV.—9. V. 82. (Komm.-H. IV.) Erster Ausbruch von Syphilis: Polyad., Pap. muc. gen., Roseol. — Inunktionen 26.

5. VI.—22. VI. 82. (Komm.-H. IV.) Erstes Rec.: Pap. muc. cavit. oris et fauc. — Inunktionen 15.

18. VIII.—8. X. 92. (V.-H. I.) Zweites Rec.: Syphilis annul. et arcuat., papul.

An der äuſseren Seite vom linken Nates zwei mehr als thalergroſse, bräunlich hyperämische Ringe und Reste eines groſsen Bogens, am rechten Nates Ketten von leicht erhabenen, feinschuppigen Flecken. An Vorder- und Hinterseite des linken

Oberarmes und Handrückens grofse Bogen und Ringreste. An der inneren Seite vom rechten Femur, sich über die halbe Länge desselben streckend, ein mifsgefärbter, unregelmäfsiger Bogen von retrograden Papeln; aufserdem an der vorderen Seite beider Unterextremitäten ähnliche grofse Bogen und Ringe und zerstreute braunrote Papeln. Dann und wann ein wenig Jucken. Patientin sonst gesund. Kein Leukoderma. Nie gravid. — Unter Behandlung mit Jodkalium (in 14 Tagen) und Inunktionen 50 (10 à 5 g, 40 à 8 g) schwand die Efflorescenz völlig (den 22. IX. gab es nur pigmentierte Spuren nach der Efflorescenz). — Bei wiederholten späteren Einlegungen, letztes Mal im April 1893, wurde kein Recidiv nachgewiesen.

No 21. Maren A., geb. 1857. Scortum (von 1879). 1. XII. 79—7. II.80 (Allg. H.) Erster Ausbruch von Syphilis: Indur. com. p., Polyad., Prodr., Roseol., Crust. cap., Defl. cap. — Inj. bicyan. hydr. 25.

1. IV.—26. IV. 80. (Allg. H.) Erstes Rec.: Roseol., Affect. tons. d. — Jodkalium.

3. V.—5. VII. 80. (Allg. H.). Zweites Rec.: Psor. palm., Tonsill. — Inunktionen 35.

30. XI. 92—3. II. 93 (V.-H. I.) Drittes Rec.: Syph. annul. vet., Sympt. nerv.

An beiden Crura und der Vorderfläche vom linken Femur in etwa sechs Wochen bis mehr als handflächengrofse, annuläre Figuren, hie und da in Irisform, von konfluierenden, etwa erbsen- bis pfenniggrofsen Flecken von dunkelroter Farbe zusammengesetzt, zum Teil ein wenig infiltriert und an den Crura leicht schuppend. Keine ausgesprochene Symmetrie; kein Jucken. Eine kleine Exost. patel. s. In drei Monaten anfallsweise auftretende Parästhesien, nur wenige Sekunden dauernd, immer in der rechten Seite der Zunge und Oberlippe anfangend, dann im ganzen rechten Arm und Bein. Während des Anfalles soll sie das Sprechvermögen und das Gesicht am rechten Auge, welches sonst normal ist, verlieren; zugleich Schwindel, nicht Verlust des Bewufstseins; im letzten Monat Stirnkopfweh. Die Anfälle, welche sich anfangs einmal der Woche gegen Abend einfanden, haben an Häufigkeit zugenommen, in den letzten paar Wochen zwei bis dreimal täglich. In etwa drei Monaten zugleich dann und wann Krämpfe in den Waden, meistens bei Nacht. Keine Empfindlichkeit oder Exostosis am Schädel; nichts objektiv Abnormes von seiten des Nervensystems wird nachgewiesen. Sie verneint Abus. spir.; Patientin ist sonst gesund. Urin ohne Albumen und Zucker. Nie Abortus. — Beim Ausschreiben gab es nur schwache pigmentierte Flecke nach den Syphiliden; seit dem 4. XII. keine nervösen Anfälle. Bekam Jodkalium bis zum 5. XII. und Inunktionen 50 (35 à 5 g, 15 à 8 g). — Patientin starb im August 1893 im Kommune-Hospital an Cancer intest. m. m.; bei der Sektion fand man keine Zeichen von Syphilis.

No. 22. Albertine N., geb. 1850. Scortum (von 1869). 4. III.—18. IV. 74. (Allg. H.) Erster Ausbruch von Syphilis: Polyad., Prodr., S. pap. et crust., Crustae cap. — Inunktionen 40.

7. XII.—20. XII. 90. (V.-H. I.) Bei Patientin, die Alkoholikerin war und wegen einer Excor. genit. eingelegt wurde, fand man über dem ganzen untersten Drittel der Volarseite des rechten Unterarms einen sehr grofsen, 1—3 cm breiten, unregelmäfsigen, braunroten, nicht schuppenden, infiltrierten oder juckenden Ring, welcher sich bis auf den Handrücken herum erstreckte. Eine ganz ähnliche, aber kleinere, annulläre Efflorescenz nahm die entsprechende Stelle des linken Unterarms ein. Die Efflorescenz hatte mehrere Jahre gedauert. Keine anderen syphilitischen Symptome. Keine Geburten, drei Aborte, letzter vor 18 Jahren. Sie soll nie früher Recidive von Syphilis gehabt haben.

No. 23. Johanne M., geb. 1856. Scortum (von 1874). 28. IV.—2. VI. 75. (Allg. H.) Erster Ausbruch von Syphilis: Prodr., Ros. min. — Inunktionen 30.

8. V.—8. VI. 78. (Allg. H.) Erstes Rec.: Syph. pap. aggl. trunci. — Jodkalium.

a) 15. X. 90—4. I. 91. (V.-H. I.) Zweites Rec.: Syph. circ. crur. s. In etwa vier Monaten ein festonnierter, unregelmäfsiger Ring über dem linken äufseren Knöchel, etwa ½ cm breit und 6 cm im Diameter, aufserdem an der linken Wade drei diffuse und zwei annuläre Flecke bis zur Thalergröfse. Die Effforescenz ist nur unbedeutend erhaben, hyperämisch, mit bräunlicher Pigmentierung, nicht schuppend oder juckend. Patientin sonst gesund. — Die Efflorescenz schwand unter Behandlung mit Jodkalium (eine Woche) und Inunktionen 50 (10 à 5 g, 40 à 8 g).

b) 18. II.—26. IV. 93. (V.-H. I.) Drittes Rec.: Syph. pap. annul., arcuat. In etwa 14 Tagen an der Radialseite des linken Handrückens ein markstückgrofser, bräunlich hyperämischer Ring von zusammengestellten papulären Flecken, ein ähnlicher Bogen an der äufseren Seite der rechten Nates. — Die Efflorescenz, nach welcher es den 27. III. nur pigmentierte Spuren gab, war völlig geschwunden nach Behandlung mit Jodkalium (bis zum 3. III.) und Pill. chl. hydr. (314). — Bei wiederholten späteren Einlegungen in 1893 und 1894 (letztes Mal in November — Patientin war dann Alkoholikerin) wurde kein Recidiv nachgewiesen.

In diesen Fällen (No. 8—23) trat also die Efflorescenz nach dem zweiten Jahre auf, übrigens aber zu sehr verschiedener Zeit und gröfstenteils sehr lange nach der Infektion. Bei mehreren Patientinnen (No. 10—15) vergingen 4—5 Jahre; die Krankengeschichten leisten aber aufserdem Beispiele vom Auftreten des Exanthems in jedem der Jahre bis zum zehnten, nachdem das Individuum mit Syphilis infiziert geworden, und bei den drei letzten Patientinnen wurde es bezw. 13, 17 und 18 Jahre nach der Ansteckung nachgewiesen; die letzte Patientin hatte ferner einen früheren Ausbruch 15½ Jahre nach der Infektion gehabt. Die von BRAUMAN (l. c.) mitgeteilten 19 Fälle von Eryth. tert., welche überhaupt den gröfsten Teil der bis jetzt veröffentlichten Krankengeschichten bilden, zeigen ganz ähnliche Verhältnisse; am häufigsten trat die Efflorescenz von dritten bis zum zehnten Jahre auf und etwas seltener in dem zweiten Dezennium. Dafs sie sich aber eine ganz unbegrenzte Zeit nach der Infektion finden kann, zeigen zwei von seinen Fällen (Obs. VII und VIII), wo bezw. sogar 29 und 46 Jahre verstrichen waren. Solche Fälle sind doch gewifs, was auch BRAUMAN annimmt, ganz exceptionell; von anderen Verfassern scheint auch nur eine einzelne Mitteilung vorzuliegen, nämlich von ZEISSL,[11] von einem Roseola-Recidiv 29 Jahre nach der Infektion; es trat hier als eine grofsfleckig gruppierte Efflorescenz auf.

Zur Beleuchtung des früheren Verlaufes von Syphilis bieten die hier mitgeteilten Fälle wegen der für beinahe alle diese Patientinnen beständig und regelmäfsig stattgefundenen Visitation besonders günstige Bedingungen dar. In einem Falle (No. 15) konnte jedoch nichts von

[11] Roseola-Recidiv 29 Jahre nach der Infektion. *Wien. med. Pr.* H. 3. 1893. Ref. in *Virchow & Hirschs Jahresber.* 1894. pag. 597.

früherer Infektion erklärt werden, und eine Patientin (No. 9) war vorher nur für Induration und Adenit. ing. lokal behandelt worden, wonach keine sekundären Symptome beobachtet wurden. Mehrere Patientinnen hatten vor dem Erscheinen des tardiven Erythems nur einen ersten allgemeinen Ausbruch gehabt, die meisten anderen zugleich ein oder zwei, ebenso leichte Redicive — Patient No. 7 doch papulo-tuberkulöse Syphilide, aber sehr wenig verbreitet — in der Regel im ersten, ein paar Patientinnen im zweiten Jahre nach der Infektion. Nur in einem Falle (No. 12) kamen in den zwei ersten Jahren sechs Ausbrüche sekundärer Form und anderthalb Jahre später ein siebenter (Papeln, Periostitis front.); schliefslich hatten zwei Patientinnen (No. 14 und 23) früher ein erstes papulöses Recidiv, bezw. vier und drei Jahre nach der Infektion gehabt. Die Syphilis hat somit für die betreffenden hier mitgeteilten Fälle einen im ganzen milden Verlauf gehabt vor dem Hervorkommen des tardiven Erythems, und speziell sind keine Ausbrüche von gummösen Affektionen vorgekommen. — Obgleich das Verhältnis sich auf dieselbe Weise in dem gröfsten Teile der früher veröffentlichten Fälle stellt, sind doch auch einige Krankengeschichten (Braumann Obs. V, XIV, XV) mit vorausgehenden schweren Symptomen mitgeteilt, sowie Hemiplegie, typhöse Syphilis m. m. und namentlich ein Fall mit fast kontinuierlichen Ausbrüchen von zum gröfsten Teile sehr verbreiteten, gummösen Affektionen in den elf Jahren, welche dem Ausbruche des circinären Erythems vorausgingen.

Da dieses Exanthem ja oft sehr spät nach der Infektion auftritt, und da die Krankheit recht häufig vorher nur in den ersten Jahren Ausbrüche gegeben hat, wird es nicht so ungewöhnlich sein, dafs vor dem Hervorkommen des Erythems eine lange latente Periode vorhergeht, in welcher das Individuum keine syphilitischen Symptome dargeboten hat. Unter unseren Fällen gab es somit auch sechsmal eine solche latente Periode, von etwa sieben bis mehr als zwölf Jahre dauernd; ein einzelnes Mal (No. 18) mag jedoch ein in einer solchen Periode eingetroffener Abortus vielleicht ein Ausbruch der übrigens latenten Infektion gewesen sein; auch in den von Brauman gesammelten Fällen kamen ebensolange und sogar längere (17—18 Jahre, Obs. VIII) symptomlose Perioden vor.

Da eine mehr durchgeführte Behandlung in den früheren Perioden der Syphilis, namentlich auch nach statistischen Untersuchungen späterer Jahre (von Fournier, Haslund u. a.), ein wesentlicher Einfluſs rücksichtlich des Vorbauens tieferer tertiärer Affektionen zu haben angenommen werden muſs, und da es sich bei den tardiven Erythemen eben um eine, obwohl spät auftretende, so doch ganz oberflächliche Efflorescenzform handelt, hat Fournier,[12] welcher angiebt, nie die tardive

[12] L. c. pag. 277 (in der Anm.). — Mauriac (*Leç. sur les mal. vén.* 1883. pag. 524) und mehrere französische Verfasser teilen, wie auch von Brauman erwähnt, dieselbe Auffassung.

Roseola angetroffen zu haben — hier ist doch nur die Rede von Roséole de retour — aufser bei früher merkuriell behandelten Individuen, dieselbe als Ausdruck einer durch die Behandlung gemilderten Diathese aufgefafst. Brauman mifst ebenso dem Einflusse der früheren Behandlung eine überwiegende Bedeutung in der Ätiologie dieser Erytheme bei und hebt zugleich in diesem Zusammenhange, besonders auch nach Fourniers und Hutchinsons Erfahrungen, den retardierenden Einfluſs hervor, welchen eine früh instituierte und lange fortgesetzte Behandlung auf das Auftreten der sekundären Symptome hat. Von den 17 seiner Fälle, worüber Aufschlüsse in dieser Richtung vorliegen, fand er auch, dafs 14 früher einer durchgeführten Behandlung unterworfen gewesen, und nur bei 3 war dieselbe mehr mangelhaft. In unseren Krankengeschichten haben keine der Patienten, ein einzelner (No. 7) abgerechnet, Behandlung durchgemacht aufserhalb der syphilitischen Ausbrüche selbst, welche in den meisten Fällen nur wenige waren. Von diesen 23 Patienten waren somit 2 (No. 9 und 15) überhaupt nie vorher behandelt worden; 10 (davon 5 mit Ausbrüchen von Eryth. tard. im Verlaufe der zwei ersten Jahre nach der Infektion) waren, ehe dieses Erythem sich zum ersten Mal einfand, nur einmal merkuriell behandelt worden (zwei derselben hatten aufserdem einmal Jodkalium bekommen); 7 Patienten hatten in allem zweimal merkurielle Behandlung durchgemacht (zwei derselben zugleich einmal Jodkalium), und endlich waren 4 öfters (drei- bis viermal) mit Quecksilber behandelt worden oder hatten zugleich einige Male Jodkalium bekommen. Es sind also nur die wenigsten von diesen Patienten, welche im vorausgehenden Verlaufe der Krankheit eine in Fourniers Sinne durchgeführte merkurielle Behandlung bekommen haben, und eine solche scheint somit nicht eine so wesentliche, oder sogar notwendige, Voraussetzung für das Auftreten dieses Exanthems, als angenommen wird, zu sein.

Es ist nicht unmöglich, dafs für diese Efflorescenzform das Geschlecht einige ätiologische Bedeutung haben mag; wenigstens scheint es, namentlich wenn man die relative Häufigkeit des Vorkommens von Syphilis bei den beiden Geschlechtern berücksichtigt, als ob sie häufiger bei Weibern, als bei Männern aufträte; die bis jetzt vorliegende Kasuistik[13] ist aber doch noch zu klein und ungleichartig, um daraus bestimmte Schlüsse ziehen zu können. — In allen unseren Fällen war Syphilis in einem ganz jungen Alter erworben, wo also das Widerstandsvermögen gegen die Infektion am gröfsten war, und trotz des unregelmäfsigen und

[13] Unter 29 von verschiedenen Verfassern (Brauman, Souplet, Étienne, Zeissl — l. c.; Leistikow: Zur Therapie der Neurosyphilide. — *Monatsh. f. prakt. Derm.* XVIII. 1894. pag. 177; Unna: Neurosyphilide und Neurolepride. — *Monatsh. f. prakt. Derm.* Ergänzungshheft III. 1889. pag. 77—79) mitgeteilten Fällen waren 19 Männer und 10 Weiber.

schwächenden Lebens der meisten Patientinnen als Scorta — einzelne hatten auch Symptome von chronischen Alkoholismus — war doch ihr genereller Gesundheitszustand im ganzen gut.

(Schluſs folgt.)

Aus der Praxis.

Behandlung des einfachen Schankers.

Von

Ch. Audry-Toulouse.

Nachdem man den oder die Schanker freigelegt, gut gewaschen und gut abgetrocknet hat, nähert man ihnen, ohne sie zu berühren, die Fläche eines glühenden Thermokauters. Die Entfernung des Instrumentes von der ulcerierten Oberfläche muſs auf ein Minimum beschränkt werden und darf höchstens 3—4 mm betragen. Ist die angewandte Fläche klein, so mache man sie weiſsglühend; kirschrot oder dunkelrot aber, wenn es das Messer ist. Man hält das Instrument in der Umgebung des Schankers länger oder kürzer fest, je nach der Gröſse des Brennkörpers; je gröſser das Instrument, desto kürzer muſs natürlich die Zeitdauer bemessen sein. Nach einigen Sekunden trocknet die Ulceration ein, und kleine blutige Streifen erscheinen an den Rändern; hat die Erhitzung etwas zu lange angehalten, so hebt sich die benachbarte Oberhaut ab, und die Haut rötet sich. Eine Sitzung genügt gewöhnlich, um den Schanker in eine einfache Wunde zu verwandeln, die unter Jodoformpulver oder jedem sonstigen Puder rasch vernarbt.

Der Schmerz ist sehr erträglich, viel weniger schlimm, als bei der gewöhnlichen Kauterisation. Die Heilung geschieht viel rascher und viel sicherer, weil man keinen Ätzschorf erzeugt.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Demonstrationsabend am 17. März 1896.

(Original-Bericht von L. Hoffmann-Berlin.)

1. Herr Gebert: Fall von **Angiokeratom.** Das 12jährige Mädchen leidet seit dem sechsten Lebensjahre an Frost der Hände und Füfse und seit zwei Jahren haben sich an den Froststellen Angiome gebildet.

2. Herr Gerson: Fall von **spontaner symmetrischer Gangrän** an den Füfsen und Händen. Der Prozefs besteht seit vier Monaten.

3. Herr Gerson: Fall von **Lichen syphiliticus.** Die Infektion hat vor sechs Monaten stattgehabt. Das Exanthem zeigt alle Erscheinungen des Lichen; da es aber nicht juckt und noch andere syphilitische Erscheinungen, wie Drüsenanschwellungen, Plaques an den Tonsillen vorhanden sind, so mufs der Vortragende den Lichen als syphilitischen bezeichnen.

4. Herr Joseph: Fall von **Lichen ruber planus und verrucosus.** Der 22jährige Patient hat seit neun Jahren sein Hautleiden; dasselbe ist von anderen Kollegen für spezifisch gehalten worden. Ursprünglich bestanden auf der Haut kleine Knötchen mit warzenartigen Efflorescenzen. Jetzt ist ein grofser Teil des Prozesses teils nach Gebrauch von Medikamenten, teils auch spontan zurückgegangen. Er mufs die Affektion aber als Lichen ruber planus und verrucosus erklären, wofür auch die mikroskopische Untersuchung spreche. Auf eine Eigentümlichkeit beim mikroskopischen Präparat möchte Vortragender dabei aufmerksam machen, nämlich auf eine cystische Erweiterung der Schweifsdrüsen. Das Exanthem war anfangs über den ganzen Körper verbreitet.

5. Herr Joseph: Fall von **Alopecia areata maligna.** Der Ausfall der Haare ist universell über den ganzen Körper; seit einiger Zeit zeigt sich eine Spur von Flaumenhaaren.

6. Herr Joseph: Fall von **serpiginösem, ulcerösem Syphilid** an der Rima ani und nach beiden Seiten sich ausbreitend. Patient will von einer stattgehabten Infektion nichts wissen.

7. Herr Joseph: Fall von **serpiginösem Syphilid.** Das 17jährige Mädchen ist verschiedentlich auf Tuberkulose behandelt worden, doch hält J. die Affektion für ein serpiginöses Syphilid, wofür auch der Umstand spreche, dafs dasselbe jetzt bereits nach einer eingeschlagenen antisyphilitischen Kur zurückgehe.

8. Herr Joseph: **Tumor im Skrotalsack.** Der 20jährige Patient empfand vor drei Wochen Schmerzen im Hoden. Bei der Palpation glaubte man anfangs einen dritten Hoden zu fühlen, doch handelt es sich wahrscheinlich um einen Tumor im Skrotalsack. Welcher Natur derselbe sei, wird sich nur durch die Exstirpation feststellen lassen.

9. Herr Joseph: Fall von **Purpura,** bei dem nur charakteristisch ist, dafs sich auch Purpuraflecke auf dem Penis befinden.

10. Herr Gerhardt: Der 50jährige Patient, ein Schiffer, hat früher an Intermittens gelitten. Nach einem Falle im Jahre 1892 fingen die Unterextremitäten an zu schwellen, und augenblicklich leidet er an lienaler Leukämie. Die Milz ist so grofs dafs sie bis zum Nabel hinabreicht. Dieser Patient zeigt nun im Gesicht einen akne-

artigen Ausschlag, doch sind die **Akneknötchen** zu weich, weshalb die Frage entsteht, ob es sich nicht um eine leukämische Hauterkrankung handelt, indem es bekannt ist, da bei der Leukämie Tumoren in der äufseren Haut vorkommen; denn die bestehende Hauterkrankung stimmt mit den Erscheinungen der Akne nicht ganz überein.

Herr KÖBNER bemerkt hierzu, dafs er die Affektion doch für eine Acne vulgaris halte; das von KAPOSI mit Lymphodermia perniciosa bezeichnete Leiden, welches bei Leukämie vorkommt, stimme mit diesem Falle nicht überein; denn die kleinen Tumoren sind derber.

11. Herr GERHARDT: Fall von **Lichen**. Die 26jährige Patientin, deren Bruder an Tuberkulose gestorben ist, hat vor einigen Jahren einen Typhus überstanden; sie wurde danach korpulent, doch nach einiger Zeit stellte sich allgemein Entkräftung ein und gleichzeitig eine Hautaffektion. Die Haut zeigte eine Rauhigkeit, kleine Knötchen und an einzelnen Stellen Pigmentierungen. Damit war starkes Jucken verbunden. Am stärksten sind die Erscheinungen am Bauchgürtel und an den Beugeseiten der Extremitäten ausgebildet. In den Kniekehlen kann man deutlich die Pigmentierung konstatieren, von wo aus dann das Leiden sich weiter entwickelt.

12. Herr JOSEPH: Fall von **Prurigo ferox**. Die Patientin leidet seit ihrem 13. Lebensjahre an dieser Affektion, die teils schwindet und dann wieder auftritt. Diese Prurigo hält der Vortragende für eine schwere Form, und HEBRA hat diese mit dem Namen Prurigo ferox belegt. Die Patientin leidet auch an einer Rötung des Gesichts, so dafs es schien, als wenn es sich um Lichen ruber acuminatus handle. Therapeutisch ist alles versucht worden, Arsen, Pilokarpin etc.; doch zeitweise schwindet die Prurigo von selbst.

13. Herr GOODHARDT: Fall von **Raynaudscher Krankheit**. Die 37 Jahre alte Patientin ist verheiratet; ihr Vater litt an Epilepsie. Sie selbst war an Händen und Füfsen sehr empfindlich gegen Temperaturveränderungen; dieselben wurden nämlich bei Kälte blau und schmerzhaft. Nach einem psychischen Affekt traten Schmerzen in den Hacken ein. Am 20. Februar d. J. wurden die grofsen Zehen blau und schmerzhaft, ebenso die Endphalangen der Zeigefinger; sie waren wie abgestorben. Beide Hände waren weifs, nur die Zeigefinger blau. Dabei ist die Muskulatur normal, nur der linke Musculus interosseus erscheint etwas atrophisch. Die Nerven sind alle intakt. Das Leiden entspricht also dem Bilde der Raynaudschen Krankheit.

14. Herr KREY: Fall von **Mykosis fungoides**. Der Patient zeigt ein Leiden, das teils aussieht wie ein impetiginöses Ekzem, teils wie Hautgummata. Der Kranke war spezifisch infiziert, hat sogar eine Iritis gehabt und leidet jetzt noch an einer Hemiplegie. Vor zwei Jahren trat aber dieses Leiden unter heftigem Jucken auf, und erklärt es der Vortragende für Mykosis fungoides.

15. Herr LEDERMANN zeigt eine Photographie von Vater und Sohn mit **Alopecia areata**, bei denen beiden das Leiden angeboren ist. Der Sohn hat zwar nach der Geburt etwas Haare gehabt, die dann aber in kurzer Zeit verloren gingen. Die Prognose soll bei angeborener Alopecie nicht ungünstig sein, doch hat sich hier bis jetzt das Haar bei beiden nicht regeneriert.

16. Herr PLONSKI: Fall von **Riesennaevus**. Bei dem Mädchen, dessen Eltern und Bruder vollkommen gesund sind, und bei denen sich keine Anomalie der Haut zeigt, erstreckt sich der Naevus vom Kopf bis zu den Lendenwirbeln; aufserdem ist der linke Arm bis zum Unterarm, rechts nur der Oberarm befallen. Der ganze Naevus ist mit grauen Haaren bedeckt. Vereinzelte Naevi finden sich noch auf der Backe und am unteren Teil des Körpers.

17. Herr MEISSNER: Fall von **Tuberculosis verrucosa cutis**. Der Patient will die Affektion am Finger seit dem Jahre 1892 haben. Seine Frau hat an Phthisis

gelitten und ist daran gestorben; er hat sich, während die Frau noch lebte, verletzt und so infiziert.

Eine gleiche Affektion zeigt Herr Meissner bei einem Knaben; dieselbe besteht seit 13 Jahren am Knie; am anderen Knie ist das Leiden geheilt.

18. Herr Meissner: Fall von **Lupus**. Bei einem Kinde besteht der Lupus seit vier Jahren im Gesicht und am Membrum. Würde man nur das Membrum betrachten, so wäre die Diagnose nicht leicht, aber in Verbindung mit der Affektion im Gesicht kann man nur die Diagnose Lupus stellen.

19. Herr Lewin: Fall von **galoppierender Syphilis**. Die 21jährige Patientin ist im März 1895 infiziert; sie wurde nach Auftreten der sekundären Symptome mit subkutanen Sublimatinjektionen behandelt. Bald darauf stellte sich jedoch ein Recidiv ein, und trotz nochmaliger Behandlung mit subkutanen Sublimatinjektionen und Jodkalium erfolgte ein neues Recidiv. Man kann jetzt eine Anzahl Tumoren und Ulcerationen konstatieren, die Gummata sind und von denen einzelne bereits zerfallen sind. Diese Fälle der galoppierenden Syphilis sind für die Therapie sehr ungünstig.

20. Herr Lewin: Zweiter Fall von **galoppierender Lues** bei einer 25jährigen Kellnerin, die nach einem Ulcus ad portionem sehr bald einen rypiaartigen Ausschlag bekam. Bei derselben kann man an der Zunge atrophische und hypertrophische Balgdrüsen konstatieren.

21. Herr Lewin: Bei einer Patientin befinden sich an der Unterlippe oberflächliche Ulcerationen und Erosionen. Dieselben können von **Herpesbläschen** herrühren, oder es kann Pemphigus oder Lues sein. Pemphigus kommt vereinzelt an der einen Stelle nicht vor; da die Submentaldrüsen auch nicht geschwollen sind, so ist auch Lues ausgeschlossen.

22. Herr Lewin: Patientin mit **galoppierender Syphilis**. Das Velum ist zerstört, an der hinteren Pharynxwand sind Ulcerationen, die sich bis in die Tuba Eustachii hinziehen, so dafs die Patientin infolgedessen schwer hört.

23. Herr Lewin: Fall von **Leukoderma syphiliticum**. Aufserdem hat die Patientin eine Anschwellung am Fufse, die anfangs weich war, dann aber hart wurde, so dafs die Vermutung vorhanden ist, dafs sich Elephantiasis entwickeln kann.

24. Herr Silex: **Tuberkulose der Conjunctiva** am oberen Augenlide. Die Patientin leidet an Lupus und an einer katarrhalischen Affektion der Conjunctiva mit einem Ulcus, das S. für Tuberkulose erklärt. Die Diagnose würde sich vereinfachen, wenn man Tuberkelbacillen nachweisen könnte; allein dieselben sind in solchen Fällen sehr schwer zu finden. Der Bulbus ist nicht in Mitleidenschaft gezogen. Die Prognose ist günstig. Hinsichtlich der Therapie warnt S. vor zu starken Kauterisationen, es genügen leichte Ausspülungen des Auges neben Tuberkulininjektionen und kräftiger Ernährung.

25. Herr Saalfeld zeigt einen Fall von ausgedehnter **Psoriasis** mit Arsenmelanose; letztere tritt bei dem Patienten jedesmal nach Gebrauch von Arsen ein.

Nach Vorstellung dieser Patienten wurden mikroskopische Demonstrationen und Projektionen vorgeführt.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur.

Medizinische Sektion.

(*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 19.)

von Sachs stellt einen Fall von **Defekt im Schädeldache, entstanden durch Zerfall eines Gummas**, vor. Es findet sich ein markstückgrofser Defekt, dessen Ränder von normaler Haut überzogen sind. Die Höhle ist 3 cm tief, mit Granulationen ausgekleidet, im Grunde sieht man das Gehirn pulsieren. Für die Diagnose kommen

Lues und Phosphornekrose in Betracht; erstere ist wahrscheinlicher, obgleich eine spezifische Behandlung Heilung nicht herbeigeführt hatte.

In derselben Sitzung stellte JADASSOHN ein **Carcinom der Zunge** vor, das sich in unmittelbarem Anschluſs an ein Zungengumma entwickelt hatte. Das gummöse Geschwür begann zunächst unter spezifischer Behandlung zu heilen, dann aber zerfiel es wieder, fühlte sich härter an; die mikroskopische Untersuchung eines herausgeschnittenen Stückchens ergab Carcinom. *F. Hahn-Bremen.*

Londoner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Dezember 1895.

(*Brit. Journ. of derm.* Januar 1896.)

Dr. ADAMSON zeigt **Kulturen von verschiedenen Arten des Trichophytonpilzes**, und zwar 1. den Pilz, welcher den Herpes tonsurans der Kopfhaut verursacht und am meisten in England verbreitet ist, genannt Mikrosporon Audouini; 2. einige Varietäten des Trichophytons, die man von Herpes tonsurans des Bartes und des Körpers und von einigen weniger gewöhnlichen Pilzformen des Kopfes erhält.

Dr. COLCOTT FOX demonstriert 1. einen **Fall von Urticaria pigmentosa** bei einem sechsjährigen Mädchen. Die Krankheit besteht seit der frühesten Kindheit und hat hauptsächlich Hals und Stamm befallen. Das Gesicht ist frei. Die Flecke sind zahlreich, aber von einer zarten gelbbrannen Farbe, nur schwach begrenzt und gröſstenteils undeutlich ausgeprägt. Kratzeffekte sind nicht vorhanden, ebensowenig eine Urticaria factitia. Die Mutter giebt an, daſs des Nachts rote Quaddeln auftreten. Der Fall täuscht eine gewöhnliche Urticaria mit Hinterlassung von Pigmentationen vor; es handelt sich jedoch zweifellos um eine echte Urticaria pigmentosa; 2. einen **Fall von ringförmigem knotigen Ausschlag** bei einem zweijährigen Kinde. Der Ausschlag besteht aus 12—15 ringförmigen, erythemartigen, verschieden groſsen, zumeist in der Haut gelegenen, nur schwach hervorragenden, einzelnstehenden, vollständig glatten, schmerzlosen Knoten mit einem vertieften oder atrophischen Zentrum. Die Efflorescenzen sollen bei heiſsem Wetter aufgetreten und seitdem nie mehr verschwunden sein. Das Kind ist gut genährt und sieht gesund aus. Das Kind erhält zweimal täglich 1 Grain Hydrargyr. c. creta. Der Ausschlag hat augenscheinlich abgenommen. Eine sichere Diagnose vermag Vortragender ebensowenig, wie die anwesenden Mitglieder zu stellen.

Dr. GALLOWAY zeigt eine **Frau mit eigentümlichen dunkelbraunen Flecken am Körper.** Der Zustand dauert jetzt etwa zehn Monate. Zuerst traten rötliche, intensiv juckende Flecke auf, die nunmehr vollständig verschwunden sind. Das Zentrum in der pigmentierten Stelle zeigte einen kleinen glänzenden Fleck, der eine Atrophie der Cutis vortäuschte. Auf dem Rücken bemerkt man bei genauer Besichtigung eine Anzahl kleiner, fast papulöser, glänzender Erhabenheiten, welche glauben lassen, daſs die Pigmentation auf einen stark verbreiteten Lichen planus zurückzuführen sei. Die Möglichkeit, daſs es sich um einen Arsenikausschlag handeln könnte, ist nicht ausgeschlossen.

Dr. ST. MACKENZIE stellt einen **Fall von Mykosis fungoides** bei einem 42jährigen Manne vor. Vor sieben Jahren war nach den Angaben des Patienten das rechte Bein rot, trocken und schuppig. Kurze Zeit darauf wurden beide Arme und die Handrücken in ähnlicher Weise befallen. Dieser Zustand dauerte den ganzen Winter und verschwand mit Beginn des Sommers. Er recidivierte die drei nächsten Winter und trat jedesmal bei Eintritt des Sommers zurück. Im fünften Winter wurde der linke Oberschenkel ergriffen. Oberhalb der Kniekehle bildete sich ein Geschwür, das stetig gröſser wurde und den Patienten zwang, das Bett zu hüten. Nach und nach wurde

der ganze Körper ergriffen. Dampfbäder thaten zwar gut, konnten jedoch die Recidive nicht mehr aufhalten. Als der Patient in die Behandlung des Vortragenden kam, war der gröfste Teil des Körpers von tuberkulo-squamösen Efflorescenzen bedeckt. Die Diagnose schwankte zwischen Syphilis und Mykosis fungoides. Da für erstere keine Anhaltspunkte vorhanden waren, so entschied sich Vortragender für letztere, mit welcher Diagnose auch die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder einverstanden sind.

Dr. M. Morris zeigt 1. einen **Fall von Lupus erythematosus im Anschlufs an Mosquitobisse.** Die 46jährige Patientin war im letzten Jahre sechs Monate in Indien, wo sie von Mosquitos ins Gesicht und in die Beine arg gebissen worden. Nach einigen Monaten entwickelte sich an der Stelle einer vom Mosquitobisse herrührenden Narbe Lupus erythematosus, und kurze Zeit später wurden in derselben Weise noch vier Stellen auf der rechten Wange befallen. Sie alle zeigen die charakteristischen Merkmale der Krankheit; 2. einen **Fall von Elephantiasis der Unterextremitäten** bei einem 83jährigen Manne. Derselbe hatte im Jahre 1881 eine chronische Nephritis. Seitdem hat er sehr schwere Arbeit verrichtet. Seine Gesundheit hat jedoch nicht gelitten. Die einzige Klage, die er führt, sind seine Beine, deren Umfang und Gewicht stetig zugenommen haben. Herz normal. Lungen emphysematös. Urin eiweifsfrei. Ascites ist nicht vorhanden. Der Patient giebt an, dafs eine Vergröfserung seines rechten Fufses schon in der Kindheit bemerkt worden ist. Eine Schwester soll ebenfalls eine Vergröfserung des Beines gehabt haben; 3. einen **Fall von Actinomykosis der Wange** bei einer 59jährigen Frau. Im Oktober 1895 bemerkte sie in der Gegend des linken Unterkieferwinkels ein kleines Knötchen unter der Haut, das in etwa sieben Tagen aufbrach und eine Flüssigkeit entleerte. Bei ihrer Aufnahme hatte sie einen grofsen, dunkelroten, knotigen Tumor mit einer scharf umschriebenen Kante, die sich nach vorn gegen den Mundwinkel hin und nach aufwärts zum Jochbogen, nach unten über den Sternocleidomastoideus hinaus ausdehnte. Jedes Knötchen hatte einen Eiterpfropf, und in dem Eiter waren gelbe Körnchen, die mikroskopisch leicht als Actinomyces erkannt wurden. Der Patient klagte über bedeutende Schmerzen, besonders beim Kauen. Die Patientin ist Dienerin, hat jedoch nichts mit Heu oder Stroh oder mit Tieren irgend einer Art zu thun. Unter Jodkalium trat deutliche Besserung ein. Nach zehntägiger Behandlung konnte in dem spärlichen Sekrete keine Spur eines Pilzes entdeckt werden.

Vortragender demonstriert Präparate von Actinomyces und von Madurafufs, um ihre Unterschiede im Aussehen zu zeigen.

Dr. Perry stellt einen **Fall von Urticaria pigmentosa** bei einem dreijährigen Knaben vor, der den Ausschlag seit seinem dritten Monate hat. Gegenwärtig ist der ganze Körper mit Ausnahme von Handteller, Fufssohle, Stirn und Kopfhaut befallen. Urticaria factitia läfst sich nur schwer hervorrufen.

Dr. Pringle stellt eine 45jährige Frau vor mit **Actinomykosis der Wange** Die Patientin wurde bereits im Jahre 1894 demonstriert als ein Fall von eigentümlicher, indolenter, nicht-ulcerierender Scrophulodermia. Vortragender repetiert die Krankengeschichte. Die Patientin ist stark für Tuberkulose belastet. Bei ihrer ersten Besichtigung zeigte sie in der Gegend des rechten Sternocleidomastoideus, nahe am Os hyoideum einen fast knorpelharten, in der Haut nicht verschiebbaren Knoten. Die Haut über dem rechten Kieferwinkel und in seiner Umgebung zeigt eine purpurrote Farbe, die auf Druck verschwindet, und fühlt sich ebenfalls hart und infiltriert an. Die Lymphdrüsen in der Nachbarschaft sind rechts und in geringerem Grade auch links vergröfsert. Unter Leberthran und Thyreoidtabletten trat merkliche Besserung ein, die noch bedeutendere und raschere Fortschritte machte, als die Patientin

mit Jodkalium behandelt wurde. Eine vollständige Heilung ist noch nicht erzielt Die Kranke hat alle ihre Zähne verloren, ihre Kinnladen sind atrophiert; sie hat niemals einen Maxillarabscefs gehabt. Syphilis ist nicht vorhanden. In ätiologischer Beziehung sind keine Anhaltspunkte für das Entstehen der Affektion vorhanden. Die Diagnose ist ex juvantibus gestellt, aber nicht durch mikroskopische Untersuchung gesichert worden.

Dr. Pye-Smith zeigt einen **Fall von persistierendem Ödem beider Augenlider nach wiederholten Erysipelattacken.** Diese letzteren waren stets lokaler Natur und von mildem Charakter. Die erste stellte sich vor zehn Jahren ein. Das Ödem der Augenlider verschwand damals vollständig. Die zweite Attacke war nicht von so kompletter Heilung gefolgt. Die dritte hinterliefs den jetzigen Zustand. Beide Augenlider sind stark geschwollen, von rosenroter Farbe, die auf Druck nicht verschwindet. Schmerzen sind nicht vorhanden. Der 21jährige Patient befindet sich sonst ganz wohl. Es stört ihn nur die Entstellung des Gesichtes.

Dr. Crocker demonstriert 1. einen Fall von **Pityriasis rosea** bei einem 14jährigen Knaben, der vor vier Wochen einen Ausschlag an der oberen Sternalgegend und auf dem Rücken bekam. Die Eruption war mit einer kongestiven Pharyngitis und mit Schwellung der Klavikulardrüsen vergesellschaftet. Ob diese Pharyngitis in irgend einem Zusammenhange mit der Pityriasis rosea stehe, oder ob sie nur zufällig mit derselben gleichzeitig aufgetreten sei, läfst sich nicht leicht sagen. Die Mehrzahl der Mitglieder sprechen sich für die letztere Annahme aus; 2. eine Frau mit **Hydroa herpetiformis** (Herpes gestationis). Die Patientin ist seit sechs Wochen gravid. Sie hat bereits zwei Attacken durchgemacht; bei der ersten traten grofse Blasen auf, bei der jetzigen, die besonders stark den Oberschenkel und den Stamm befallen hat, zeigten sich erythematöse Scheiben mit stecknadelkopfgrofsen Bläschen und einige mit Papeln.

Dr. Sheild stellt eine 37jährige Frau mit einer eigentümlichen Hautaffektion am linken Ellenbogen vor, die seit 2½ Jahren besteht. Die Haut ist an der Streckseite des Ellenbogengelenkes etwas unterhalb desselben rot, heifs, glatt, durchscheinend. Sie ist deutlich infiltriert und verdickt. Die Bewegung des Gelenkes ist nicht gestört. An 1—2 Stellen sieht man einige cirkuläre vertiefte Bezirke, bedeckt mit weifslicher, leicht abschuppender Epidermis. Ulceration hat niemals bestanden. Die Affektion ist mit brennendem, stechendem Schmerz verbunden. Das Allgemeinbefinden ist gut. Die Anamnese giebt keine Anhaltspunkte für Tuberkulose oder Syphilis. Vortragender sieht den Fall als eine **eigentümliche Form von Hauttuberkulose** an, obwohl derselbe mannigfache Ähnlichkeiten mit einem Erythema induratum aufweist, eine Ansicht, die von der Mehrzahl der anwesenden Mitglieder geteilt wird.

Dr. Stowers zeigt einen 76jährigen Mann mit einem **Tumor über der rechten Scapula**, der seit sieben Monaten besteht. Das Gewächs begann als eine kleine pigmentierte Exkrescenz, die ziemlich rasch an Gröfse zugenommen hat und gegenwärtig rund gestielt ist und eine körnige, leicht blutende Oberfläche hat. Da der Tumor sich hart, unelastisch anfühlt, so wird mit Recht in demselben eine maligne Geschwulst, wahrscheinlich sarkomatöser Natur, vermutet. Die Diagnose soll durch die vorzunehmende Operation und darauffolgende mikroskopische Untersuchung sichergestellt werden.

C. Berliner-Aachen.

Syphilidologische Gesellschaft zu St. Petersburg.

Sitzung vom 29. April 1895.

G. Kudrjawski zeigte einen 34 Jahre alten Kranken mit einer unbedeutenden Kyphose der Wirbelsäule in ihrem oberen Teile. Vor sechs Jahren trat bei ihm

zum ersten Male **Paronychia** auf, die ein Herausfallen der Knochen bewirkte; dann folgte eine zweite und dritte Paronychia u. s. w., und Patient verlor so die ersten Phalangen an vier Fingern. Beim Patienten ist volle Abwesenheit aller drei Sensibilitäten vorhanden, vom oberen Rande der Scapula hinauf, am Kopf, an den Ohren, an den Handgelenken und an der hinteren Oberarmfläche; an der vorderen ist die Schmerzempfindung erhalten; auf der Schulter ist eine Trennung im Temperatursinn vorhanden; Verlust des Kältegefühles und Erhaltung des Wärmegefühles. An der rechten Skapula und am Ellenbogen sind alte Narben, die aus vorhanden gewesenen, geplatzten Blasen entstanden sind. Demonstrator hält den Fall für Morbus Morvani.

A. Stepanow demonstrierte einen Patienten, bei dem die Diagnose Schwierigkeiten bereitet. Patient, 63 Jahre alt, ist verheiratet und hat fünf Kinder. Im Jahre 1856 war er an einem Leberleiden krank und bemerkte nachdem zwei grofse gelbe Flecke an seinem Körper. Im Jahre 1880 bemerkte er, dafs seine Haut an Elastizität verlor und sich mit Ringen verschiedener Zeichnung bedeckte. Die Flecke begannen zu schilfern, und bisweilen traten nässende Scharten auf. Die affizierten Hautstellen juckten nicht. Bäder von 68° R. (?) bewirkten keinen Schweifs.

W. Tarnowski hält die Erkrankung für eine ekzematöse Stufe von **Mykosis fungoides.**

O. Petersen sprach über die **Trichorrexis nodosa.** Redner hatte in kurzer Zeit 47 solcher Fälle, und ist vom parasitären Ursprung dieses Leidens überzeugt. P. meint, dafs die Trichorrhexis durch Vernachlässigung der Haar- und Hautpflege begünstigt werde. Demonstration von mikroskopischen Präparaten.

Privatdozent G. Herzenstein spricht über den Kampf mit der Syphilis in den Dörfern (fliegende Sanitätskolonnen).

Sitzung vom 30. September 1895.

L. Schapir zeigte eine Kranke mit sehr spärlichen Haaren auf dem Kopfe und roten, stark schilfernden Flecken am Rumpf, Hals, an den Glutaeis und Extremitäten. Während des Aufenthalts der Patientin im Kalinkinhospital nahmen die Flecke ein papulöses Aussehen an, wurden derb und erhoben sich über das Niveau der Haut. Auch Knoten begannen sich zu bilden. Patientin wurde früher als Ekzemkranke behandelt, jetzt lautet die Diagnose **Lichen obtusus Unna.** Sie bekommt Pillulae asiaticae und Kompressen.

M. Ussas demonstrierte a) ein Kind mit **syphilitischen, Papeln** ähnlichen Neubildungen am Anus und Verlust der Substanz im Os frontale; b) eine Frau mit einem **Ulcus am rechten Unterschenkel,** einem zerfallenen Gumma am linken und kreisförmig angeordneten Papeln am Körper und fügte hinzu, dafs eine scharfe Trennung der einzelnen Syphilisperioden nicht haltbar sei, ebenso wie die auf den verschiedenen Erscheinungsformen basierende Ansicht über die Infektiosität.

E. Friedmann sprach über anhaltenden **Priapismus** und demonstrierte einen Patienten. Am 31. August coitierte Patient zweimal; nach dem zweiten Coitus hörte die Erektion nicht auf und hielt trotz ambulatorischer Therapie bis zum 11. September an; faktische Schlaffheit des Gliedes trat erst am 25. September ein. Während der ganzen Zeit keine Schmerzhaftigkeit und wollüstigen Gefühle. Auch beim erschlafften Gliede fühlten sich die Schwellkörper derb an, und Redner glaubt, dafs es sich hier um eine chronische Entzündung der Schwellkörper handelt.

Sitzung vom 28. Oktober 1895.

Th. Trapesnikow zeigte einen sehr schweren Fall von **Syphilis:** fast der ganze Körper ist von ungeheuren, runden, mit Krusten versehenen Geschwüren bedeckt.

Ssemperowitsch demonstriert einen Patienten mit einem **Rückenmarksleiden**

im kondylomatösen Stadium der Syphilis; es wurde syphilitische Rückenmarksparalyse (Erb) diagnostiziert.

Tarnowski hält den Fall für eine Meningomyelitis und nicht für eine Myelitis und stellt eine gute Prognose.

O. Petersen zeigte einen 23 Jahre alten Kranken (mit deutlichen Degenerationszeichen) als Bestätigung für den Umstand, dafs die früheren **schrecklichen Syphilisformen** noch nicht ganz verschwunden sind. Patient wohnt unweit Petersburgs und wurde vom Landarzt für einen Leprösen gehalten.

Die ganze rechte Hand ist unbeweglich; von der Hand sind nur drei Finger nachgeblieben; die Affektion indiziert die Amputation. Prof. Tarnowski machte die Anwesenden auf die kolossalen Eckzähne des Patienten aufmerksem, die gleichsam wie Hauer herausragten.

S. Kulnew sprach über die **Quecksilberidiosynkrasie**. Redner referierte die Krankengeschichten zweier Patienten, bei denen Bandwürmer eine vollständige Idiosynkrasie gegen Quecksilberpräparate hervorriefen. Nach Abtreibung der Würmer vertrugen die Patienten die Präparate prächtig.

Sitzung vom 23. Dezember 1895.

S. Jelzina demonstrierte eine Kranke mit einem **Leukoderma** am Halse und an den seitlichen Brustpartien. Die Affektion hielt sich trotz spezifischer Kur recht lange. Dieselbe demonstrierte auch einen Patienten mit einem pustulösen Syphilid, einer äufserst schweren Form, der man selten begegnet. Patient ist mit eiternden Geschwüren wie besäet.

A. Budugow referierte über einen Fall von rechtsseitiger **Hemiparese im Stadium der Roseola** und einer croupösen Pneumonie bei einem 23jährigen Studenten. Nach 40 Einreibungen begann die Erscheinung zu schwinden. Demonstration des Patienten, der T°-Kurven und Proben seiner Handschrift.

Trapesnikow sprach über das **idiopathische, multiple hämorrhagische Hautsarkom** (Typus Kaposi). Redner gebraucht die Benennung „hämorrhagisch" statt „pigment", da derartige Sarkome reich an Blutgefäfsen seien. Demonstrationen von mikroskopischen Präparaten, Photographien und Zeichnungen.

O. Petersen zeigte einen Fall von **luetischem Ausfall der Haare** auf dem Kopfe, an den Augen (Wimpern und Brauen) und unter den Armen. Das Ganze dauerte erst ein halbes Jahr. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Verhandlungen der ungarischen dermatologischen und urologischen Gesellschaft in Budapest.

(Sitzung vom 5. Dezember 1895.)

1. **Zwei Fälle von Ulcus induratum der Finger**, von Schwimmer. Der erste Fall betraf eine Hebamme, die mit einer kleinen Wunde auf dem rechten Zeigefinger im Monate August 1895 einen Abortus leitete. Eine Woche nach dem Abortus bemerkte sie, dafs das Nagelbett zu schwellen beginnt, welche Schwellung sich nach zwei Wochen auf den ganzen Finger verbreitete, nach drei Wochen war schon die ganze Hand geschwollen. Die Affektion wurde als Panaritium behandelt, auf Umschläge ging die Schwellung zurück. Am 1. November trat hohes Fieber auf, nach drei Tagen ein Exanthem auf den Unterarmen, welches sich in einigen Tagen auf den ganzen Körper verbreitete. Bei der Aufnahme am 15. November konnte das angebliche Panaritium als extragenitale Infektion, das ausgebreitete Exanthem als Syphilid diagnostiziert werden. Auf antisyphilitische Behandlung gingen die Erscheinungen zurück.

Der zweite Fall war ein Hörer der Medizin, der sich im Oktober in der Klinik mit einer Verdickung und Exulceration des linken Zeigefingers vorstellte. Auch diese Affektion wurde auf der chirurgischen Abteilung als Panaritium behandelt, der Zustand verschlimmerte sich aber trotz der Behandlung. Auf unserer Klinik wurde eine extragenitale Infektion konstatiert, bald darauf traten auch die Allgemeinerscheinungen auf.

Róna bemerkt, dafs in solchen Fällen zumeist die kubitalen Drüsen schwellen, welches hier fehlt. Auf seiner Abteilung liegt jetzt auch ein Kranker, der ein Ulcus molle auf einem Finger hat und die entfernteren Axillardrüsen infiltriert sind.

Justus betont, dafs in manchen Fällen auch bei anderen entzündlichen Affektionen auf den Fingern nicht die regionären, sondern die entfernter gelegenen Drüsen mitbeteiligt sind.

Róna bringt dies in Zusammenhang mit dem Verlauf der Lymphgefässe.

2. **Ein infolge von Erysipel geheilter Fall von Lupus erythematosus,** von Schwimmer. Patientin erkrankte vor zehn Jahren an Lupus erythematosus, welcher sich mit den Jahren auf das ganze Gesicht und auch auf die Ohren verbreitete. Auf verschiedene Behandlungsmethoden durch mehrere Ärzte besserte sich wohl der Zustand, aber nur auf kurze Zeit. Im vorigen Jahre trat auch auf beiden Händen der Lupus erythematosus auf. Im September machte Patientin ein schweres Erysipel durch, Temperatur 40,2°—41°. Nach Abklingen des Erysipels hat sich auch der Lupus überall zurückgebildet. Dieser Fall bietet noch insoferne ein Interesse, indem das Erysipel sehr selten die vorhandenen Hautaffektionen zu heilen im stande ist.

3. **Ein Fall von Cheiropompholyx,** von Schwimmer. Die 21jährige Kranke beschäftigt sich blofs mit häuslichen Arbeiten. Seit fünf Jahren, unabhängig von der Jahreszeit, treten auf beiden Handtellern und zwischen den Fingern in Begleitung von brennenden Schmerzen, welchen etwas Jucken vorangeht, Bläschen auf, deren Inhalt wasserklar ist und sich später trübt; einzelne platzen, andere trocknen ein. In den ersten Jahren beobachtete sie blofs einzelne Bläschen, später mehr, jetzt sind sogar die Handrücken befallen. Die jetzige Eruption besteht seit vier Wochen und hindert die Kranke an der Ausübung ihrer gewöhnlichen Beschäftigung. — Auf beiden Handtellern, zwischen den Fingern, in kleinerem Mafse auf den Handrücken befinden sich stecknadelknopf- bis haselnufsgrofse Bläschen, teils mit klarem, teils mit trübem Inhalt, die Bläschen scheinen in der Cutis unter der Epidermis zu sitzen. Die Umgebung der trüben Bläschen ist mehr oder weniger gerötet, diese Röte ist an manchen Stellen vermehrt, zieht sich sogar auf den einen Unterarm als rote Streifen hinauf. Auf dieser Seite sind die Kubital- und Axillardrüsen infiltriert, etwas empfindlich.

Havas bemerkt, dafs sich bei einem seiner Kranken nach Trübung der Bläschen eine Lymphangitis mit Fieber entwickelte. Er hält diese Affektion für eine ernste und selbständige. Es wäre die bakteriologische Untersuchung des Bläscheninhaltes wünschenswert.

Török macht H. aufmerksam, dafs Unna Bakterien in demselben gefunden hat; diese Affektion ist nach seinen Erfahrungen nicht als ernste aufzufassen. Interessant ist bei diesen Kranken, dafs die Bläschen auch auf dem Handrücken vorkommen, obzwar er auch welche auf dem Körper beobachtete.

Róna hält das von H. erwähnte Fieber für eine Komplikation. Lymphangitis in Verbindung mit Fieber hat er auch beobachtet. Bei einem seiner Kranken war die durch Jahre vernachlässigte Dysidrosis der Füfse mit einem ulcerativen Prozesse kompliziert.

Justus sieht jährlich auf der Klinik 8—10 Fälle. Auf der gynäkologischen

Abteilung sah er bei einer an Sepsis Sterbenden zahlreiche Bläschen auf dem Körper und Extremitäten. Die Lymphangitis hält er auch für eine Komplikation.

4. **Ein Fall von Acne necrotica**, von SCHWIMMER. Der 37jährige Patient acquirierte im November 1891 einen Schanker, nachher bemerkte er ein Exanthem auf dem behaarten Kopfe, gegen welches er 24 Einreibungen machte und Jodkalium genommen hat. Im Juli 1892 wieder ein Ausschlag; er machte wieder 12 Einreibungen, nach diesen eiterte ein Ohr, welches von Professor GRUBER in Wien nach vier Wochen geheilt wurde. Im November 1892 ein Exanthem auf der Stirne, gegen welches Professor NEUMANN in Wien weifse Präcipitatsalbe und Jodkalium verordnete. Seit dieser Zeit recidiviert das Exanthem öfter, zuletzt wurde es mit Decoctum Zittmanni behandelt. — Zur Zeit ist eine weifse Narbe auf der Dorsalseite des Penis sichtbar. In der Inguinalgegend und am Halse erbsen- bis haselnufsgrofse indolente Drüsen, im Gesichte, hauptsächlich auf den behaarten Stellen, ein grofspapulopustulöses Exanthem. Auf dem Nacken eine eiternde exulcerierte Schwellung, in deren Nachbarschaft sich zahlreiche rotbraune Papeln befinden, in deren Mitte teilweise einzelne Haare stecken, teilweise sind sie mit Borken bedeckt.

HAVAS hält diese Affektion für ein ulcerös-serpiginöses Syphilid.

TÖRÖK glaubt anzunehmen, dafs die auf dem Nacken scharfbegrenzte halbmondförmige Ulceration eine syphilitische, nebenbei aber noch ein anderer pustulöser Prozefs vorhanden ist.

RÓNA referiert über einen Fall von Acne necrotica, der auf lokale (Schwefel-) Behandlung heilte. Derselbe Kranke bekam dieses Jahr ein Recidiv und heilte ohne lokale Behandlung auf Sublimatinjektionen. Dieses beweist, wie schwer es ist, in einzelnen Fällen die Syphilis auszuschliefsen. Im vorliegenden Falle ist die eiternde Form eine Komplikation, der auf dem Nacken vorhandene grofse Knoten ein tuberkulöses Syphilid. Die Narben im Gesichte können durch beide Prozesse verursacht werden.

JUSTUS glaubt, dafs die besprochene Veränderung eben solcher Natur ist, wie wir sie bei der Sykosis parasitaria im Gesichte vorfinden. Die kraterförmigen und eiternden Geschwüre können auch von einer Pilzinfektion verursacht werden; er schliefst Syphilis aus.

SCHWIMMER bemerkt, dafs gegen die Syphilis die rasche Heilung nach Anwendung der Epilation spricht, andererseits sind auf anderen Stellen des Körpers syphilitische Veränderungen nicht zu finden. Im übrigen soll das Resultat der Behandlung und die Untersuchung der Haare darüber einen Aufschlufs geben.

5. **Lichen ruber planus oder Psoriasis punctata universalis?**, von SCHWIMMER. Patient giebt an, dafs seine Hautaffektion seit zehn Jahren besteht, die sich blofs auf die oberen Extremitäten beschränkte. Die jetzige Ausbreitung besteht erst seit einem halben Jahre. In der ganzen Ausdehnung des Rückens und der oberen Extremitäten, in minderem Mafse auf dem Bauche und den Oberschenkeln sind dicht zusammenstehende, stecknadelknopf- bis hanfkorngrofse papulöse Efflorescenzen sichtbar, welche stellenweise mit feinen dünnen Schüppchen bedeckt sind. Die Stellen jucken so ziemlich und dies hauptsächlich in der Nacht. Die Diagnose schwankte eine Zeitlang zwischen den beiden Affektionen, aber nach Entfernung der Schuppen mittelst Bädern und erweichenden juckstillenden Salben traten die einzelnen Papelchen deutlicher hervor, so dafs es jetzt zweifellos ist, dafs es sich um eine seltenere, stark ausgebreitete Psoriasis punctata universalis handelt. *A. Aschner-Budapest.*

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band III. Heft 2. 1896.

I. **Untersuchungen über den Favuspilz**, von G. Kluge-Kiel. Die Frage, ob es nur eine Achorionart gebe, welche den Favus erzeuge, oder mehrere, wenn auch sehr ähnliche und wenig voneinander differierende Favuspilze, ist bis zum heutigen Tage nicht entschieden worden. Verfasser hält es deshalb für nötig, immer aufs neue Favusfälle auf ihre Genese zu untersuchen. Die vorliegende Arbeit enthält einige weitere Beobachtungen, welche bei der Züchtung eines verschiedenen Ursprungsorten entstammenden Materiales gewonnen wurden. Dasselbe umfafst sieben Fälle von Favus, deren Krankengeschichten kurz mitgeteilt werden.

Von sechs dieser Fälle wurden Kulturen angelegt und die erhaltenen Pilze in ihrem kulturellen und morphologischen Verhalten genau beobachtet. Verfasser beschreibt ausführlich den Gang seiner Untersuchungen und erklärt auf Grund derselben die sechs vom Materiale gewonnenen Pilze für identisch. Zwar fanden sich Abweichungen zwischen den Pilzen verschiedenen Ursprungs, aber diese Verschiedenheiten konnte man auch bei ein und derselben Stammkultur entsprungenen Kolonien nachweisen. Somit mufs eine nicht geringe Anzahl von vermeintlichen Kennzeichen zur Trennung der Pilze in verschiedene Arten unbrauchbar sein. Andererseits konnten von den Stammkulturen verschiedenen Ursprunges stets solche erhalten werden, welche sich bis in die feinsten Einzelheiten glichen. Die gewonnenen Pilze vermochten sowohl auf den behaarten Körperstellen, wie auf den unbehaarten Favus zu erzeugen.

Der Pilz, den Verfasser als den alleinigen Favuserreger ansieht, ist identisch mit dem γ-Pilz Quinckes. Er ist eines grofsen Polymorphismus fähig, der sich auf die Intensität und Schnelligkeit des Wachstums, den Umfang der Kolonien, die Höhen-, Breiten- und Tiefenausdehnung, auf die Deckenbildung, Färbung und Gestaltung der Ober- und Unterfläche, auf den Eintritt der Verflüssigung der Gelatine, auf die Zeit des Eintritts des Fadenzerfalls, der Sporenbildung, auf die Dicken- und Verzweigungsverhältnisse der Fäden und auf das Verhalten ihrer Enden bezieht. Diese unter dem Einflusse der Wärme, der chemischen Zusammensetzung und der Konsistenz des Nährbodens, wahrscheinlich auch der chemischen Reaktion, der oberflächlichen Beschaffenheit des Nährbodens, der Gröfse der überimpften Masse hervorgerufenen Schwankungen in der Entwickelung des Pilzes sind nach der Ansicht des Verfassers unwesentlich und treten gegenüber den wesentlichen charakteristischen Eigentümlichkeiten desselben zurück. Erkennt man den Polymorphismus des Favuspilzes an, so wird man leicht dahin gelangen, den Pilz von Grawitz, Elsenberg, Biro und wahrscheinlich auch denjenigen von Král als identisch mit dem γ-Pilz Quinckes zu erklären. Jadassohn und Fabry haben die Identität mit Quinckes γ-Pilz für ihre Pilze angenommen.

II. **Ein merkwürdiges Exanthem als Begleitung einer scharlachähnlichen Rachenerkrankung**, von D. Galatti-Wien. Die dreijährige Patientin zeigte am ganzen Stamme ein dicht gesätes, erhabenes, dunkelbraunrotes, lichenähnliches Exanthem von wachsigem Glanze. Obere und untere Extremitäten, sowie das Gesicht waren frei. Die Besichtigung der Mundhöhle ergiebt eine belegte, himbeerrote Zunge

und auf den Rachenschleimhäuten einen sulzigen, gelblichen Belag. Es bestanden Drüsenschwellungen. Die Temperatur betrug 39°, Puls 100. Die Nasenschleimhaut, wie die Augenbindehaut waren katarrhalisch entzündet. Im Verlauf von 6—8 Tagen blafste das Exanthem ab, worauf ziemlich starke Desquamation auftrat.

III. **Über Gewerbeekzeme**, von G. Merzbach-Berlin. Den Ausführungen des Verfassers liegt das Krankenmaterial aus Dr. Josephs Poliklinik zu Grunde. Von 5354 Patienten sind 1292 Geschlechtskranke, 4062 Hautkranke. Unter diesen leiden 940 an Ekzemen überhaupt, und zwar 499 an Gewerbeekzemen, 441 an idiopathischen Ekzemen. Das Alter der Patienten mit Gewerbeekzemen schwankt zwischen 12 bis 75 Jahren. Die gröfste Zahl der Erkrankungen, 254 von 473, fällt in die Zeit zwischen dem 20.—40. Lebensjahre. Von den 499 Patienten sind 400 männliche und 99 weibliche Personen. 33 der letzteren sind Dienstmädchen, Wirtschafterinnen und Aufwärterinnen zumeist mit Eccema tyloticum et rhagadiforme. Von den männlichen Patienten liefern die Maurer 55, Tischler, Lackierer, Färber zusammen 33, Schlosser, Klempner, Schmiede 33, Maler 21 u. s. w. Fälle. Der Verfasser bespricht die Lokalisation, die Ätiologie bestimmter Gewerbeekzeme, ferner ihre Therapie und die Schutzmafsregeln gegen dieselbe. Als Grundsatz für die Behandlung der akuten Ekzeme, seien es idiopathische oder Gewerbeekzeme, betont Joseph: das richtige indifferente Mittel für den gegebenen Fall aus der grofsen Fülle derselben auszuwählen und dasselbe mit eiserner Konsequenz anzuwenden, denn nur durch unausgesetzte Behandlung, wenn auch der Erfolg lange auf sich warten läfst, ist noch in den hartnäckigsten Fällen Heilung zu erzielen.

IV. **Ein Fall von lokaler Hauttuberkulose**, von E. Feibes - Aachen. Es handelt sich um einen 28jährigen, hereditär nicht belasteten, gut genährten und sonst gesunden Mann, der sich vor drei Jahren syphilitisch infizierte. Die in Rede stehende Affektion entstand vor etwa sieben Monaten an derselben Stelle, wo Patient sich einige Wochen zuvor an einer eisernen Stange gestofsen und eine kleine Rifswunde davongetragen hatte. Dieselbe heilte rasch ab. Kurze Zeit darauf bemerkte der Patient, dafs die schwache Narbe rot wurde und schmerzte und schliefslich an der Stelle derselben ein kleines Geschwür sich bildete, das stetig an Ausdehnung zunahm und viel Schmerzen verursachte. Das Geschwür wurde für ein tertiär - syphilitisches gehalten und dementsprechend, aber ohne Erfolg behandelt. Als Patient in die Behandlung des Verfassers kam, bot sich folgender Status dar: An der medianen Seite des an der dritten Phalanx im ganzen verdickten Mittelfingers befanden sich zwei Geschwüre. Das gröfsere zeigte unregelmäfsige, zackige, erhabene Ränder, hatte auch den Nagelfalz ergriffen und die mediane Seite desselben vernichtet. Der Grund des Geschwürs ist flach, rötlich, mit kleinen, weichen, unregelmäfsigen Granulationen bedeckt und sondert dünnen Eiter ab. Das kleinere Geschwür, oberhalb des gröfseren, zeigt scharfe, wie mit dem Locheisen geschlagene Ränder. Die umgebende livide Haut sieht atrophisch aus.

Bei der Besprechung der Differentialdiagnose schliefst Verfasser Syphilis und Ulcus molle aus und nimmt auf Grund der histologischen Untersuchung lokale Hauttuberkulose als vorliegend an. Allerdings hat er in den Präparaten von Riesenzellen nur hier und da eine gesehen, und von Tuberkelbacillen glaubt Verfasser in zwei Schnitten einen bemerkt zu haben.

Die Therapie bestand in Abtragung der Ränder mit einer Schere und Bestreichen der ganzen Wundfläche mit einer Lösung von Quecksilber in rauchender Salpetersäure (1 : 2). Nachdem der Schorf sich im Verlaufe einer Woche abgestofsen hatte, wurde die Wunde weiter mit Argentum nitricum-Perubalsam-Zinksalbe verbunden. Nach 25 Tagen trat definitive Heilung ein.

V. **Über elastische Fasern in gesunder und kranker Haut**, von P. MEISSNER-Berlin. Verfasser bespricht kurz die Methoden der Färbung der elastischen Fasern. Die TAENZERsche Orceinfärbung hat sich wegen ihrer Einfachheit und Sicherheit andauernd als die beste erwiesen.

Wie jeder elastische Körper, suchen auch die elastischen Fasern einer dreifachen Gestaltsveränderung entgegenzuwirken, der Torsion, der Dehnung und dem Druck. Danach mufs auch ihre Funktion und Verwendung eine verschiedene sein. Wenn es auch feststeht, dafs die elastischen Fasern der Haut ihre charakteristische Konfiguration verleihen und eine gedehnte Hautpartie wieder zur alten Form und Lage zurückkehren lassen, so ist dies doch nicht der einzige Zweck ihres Daseins, eine viel bedeutsamere Funktion besteht darin, dafs sie der Neigung des übrigen Bindegewebes zur Schrumpfung entgegenwirken und dadurch die Bildung von Spalträumen und Saftlücken, die für die Ernährung der Haut unumgänglich notwendig sind, ermöglichen. Durch die elastischen Fasern wird ferner verhindert, dafs bei der eintretenden Schrumpfung des Bindegewebes, die auch schon unter physiologischen Verhältnissen erfolgt, die in der Haut gelagerten Nerven und Nervenendapparate und Drüsen zu stark gedrückt werden. Damit ist die Thätigkeit der elastischen Fasern nicht erschöpft. Sie dienen in ausgedehntem Mafse dazu, physiologischen Lage- und Volumsveränderungen der Organe entgegenzuwirken. Sie bilden eine feste Membran um die Blutgefäfse in Form eines elastischen Rohres und unterstützen die quantitativ viel schwächeren längsverlaufenden Muskeln gegenüber der vasokonstringierenden Ringmuskulatur. Sie verhindern dadurch auch eine zu starke Komprimierung der Gefäfse durch Bindegewebsschrumpfung und eine zu rasche Volumsverminderung derselben. Bei Eintritt von Arteriosklerose schwindet zunächst der elastische Teil der Gefäfswand, und zwar lange bevor die atheromatöse Verdickung bemerkbar wird. Dadurch läfst sich mikroskopisch oft schon ein ganz frühes Stadium des Gefäfsatheroms erkennen.

Bei den Arrectores pili, deren jeder zwei aus elastischen Fasern bestehende Endsehnen besitzt, scheinen diese eine zu starke Druckwirkung seitens der Arrectores auf die Hauttalgdrüsen zu verhindern und so einer gleichmäfsigen Hauttalgentleerung förderlich zu sein.

Bei den Knäueldrüsen finden wir ein korbartiges Netz von elastischen Fasern, das offenbar den Zweck hat, vor äufserem Druck zu schützen und die Schweifsdrüsensekretion zu erleichtern.

Über die Entstehung der elastischen Fasern vermag auch Verfasser nichts Sicheres anzugeben, ebensowenig wie über die Frage nach dem Untergang der elastischen Substanz. Bekannt ist ihre grofse Widerstandsfähigkeit gegen chemische Agentien, gegen die stärksten Säuren und Alkalien, überhaupt bei allen Zerstörungsprozessen in den Geweben, während bei einer physiologischen Auflösung hyaline oder kolloide Entartung oder körniger Zerfall eintritt.

Was die pathologischen Verhältnisse betrifft, so werden bei der einfachen Hypertrophie die elastischen Elemente durch die in das vorhandene Gewebe sich hineindrängenden Granulationszellen beiseite geschoben und erscheinen in der Umgebung der Hypertrophie verdichtet. Besteht diese längere Zeit, so brechen neue elastische Fasern aus der Umgebung durch. Dies ist bei der Verruca dura et mollis, beim Condyloma acuminatum, beim Naevus verrucosus der Fall.

Bei der Narbe sind in dem neuen Granulationsgewebe an der Stelle des Traumas die elastischen Fasern anfangs nicht vorhanden, allmählich werden aber solche gebildet, so dafs die Ansicht, in der Narbe gäbe es überhaupt keine elastischen Fasern, nicht richtig sei, wie schon KROMAYER nachgewiesen hat.

Bei den eigentlichen Bindegewebstumoren, so beim Keloid, Fibrom, Atherom, findet man die schönsten Bilder des elastischen Gewebes. Eine bedeutsamere Rolle spielen die elastischen Fasern bei den infektiösen Granulationsgeschwülsten.

Beim Lupus fehlen die elastischen Fasern überall da, wo sich neues Lupusgewebe gebildet hat. An den Stellen, wo der lupöse Prozefs einer spontanen Ausheilung entgegengeht, beginnen die elastischen Fasern sich wieder neu zu bilden. Dies zeigt sich deutlich an einer Lupusnarbe.

Bei der Tuberculosis cutis ist die Zerstörung des elastischen Gewebes eine viel ausgedehntere und energischere, als beim Lupus. Dasselbe ist auch bei den Produkten der Syphilis, namentlich der Initialsklerose und der luetischen Papel, der Fall. In der spezifischen Granulation findet sich keine Spur einer Neubildung von elastischem Gewebe, ein Umstand, der dafür spricht, dafs man es mit keiner Bindegewebswucherung im gewöhnlichen Sinne zu thun hat. Bei einem narbig indurierten weichen Schanker scheint die auf entzündlicher Basis entstandene Infiltration gesundes Bindegewebe mit normalen elastischen Fasern zu sein, ein Umstand, der mikroskopisch eine sichere Differentialdiagnose zuläfst.

Den infektiösen Granulationsgeschwülsten ist also gemeinsam, dafs sie die elastischen Fasern zerstören, oder verdrängen, und dafs erst das neugebildete Narbengewebe normale elastische Substanz enthält.

Beim Sarkom und Epitheliom der Haut werden durch das in das Corium hineinwuchernde neue Gewebe die elastischen Fasern verdrängt oder zerstört.

Das Vorhandensein oder Fehlen elastischer Fasern vermag uns also darüber aufzuklären, ob wir es bei einer Granulation mit einer benignen oder malignen Bingegewebswucherung zu thun haben.

VI. Kasuistische Mitteilungen.

1. **Über tuberöse Hautsyphilis,** von F. Schübel. Verfasser beschreibt 17 Fälle aus Prof. Lassars Klinik, von denen nur ein Drittel ungefähr Schleimhautaffektionen oder Primäraffekte zeigte. Zehnmal dagegen sind Kopfschmerzen und dreimal periostitische Symptome angegeben. Bei fünf Fällen fehlten fast alle üblichen Erscheinungen, bei einigen anderen waren solche zahlreich vorhanden. Da nicht anzunehmen ist, dafs die Patienten wissentlich falsche Angaben gemacht haben, so steht man vor der Thatsache, dafs dem tuberösen Hautsyphilid öfters ein atypischer Verlauf der Syphilis vorhergehen kann. Es tritt längere Zeit nach der Infektion auf. Von sieben Fällen, bei denen sich der Zeitpunkt der Infektion genau feststellen liefs, erschienen die tuberösen Hautsyphilide frühestens nach fünf Jahren, meist jedoch später, in einem Falle sogar erst 35 Jahre (!) nach der Infektion. Auch bei den übrigen zehn Fällen konnte man wenigstens mit einiger Sicherheit den Schlufs ziehen, dafs die Infektion schon viele Jahre zurückliegen mufste.

Die tuberösen Hautsyphilide bereiten den Patienten meist keine Beschwerden und heilen unter einer antiluetischen Kur rasch ab.

2. **Zur Raynaudschen Krankheit,** von S. P. Goodhart - New Haven. Es handelt sich bei der 37jährigen, verheirateten, nervösen und neuropathisch belasteten Frau um eine hochgradige, seit Jahren bestehende, vasomotorische, fast symmetrische Störung in den peripheren Enden der Extremitäten, verbunden mit Akroparästhesien und intensiven Schmerzen, die anfallsweise zu einer bestimmten Jahreszeit (Winter) auftreten. Die Anfälle zeigen einen charakteristischen Verlauf. Im Beginne Parästhesien, Blässe (lokale Synkope), dann sich allmählich zu hoher Intensität steigernde Schmerzen. Im weiteren Verlaufe geht die Blässe in Cyanose (lokale Asphyxie) über, die Schmerzen machen einem Gefühl des Abgestorbenseins Platz. Der erste intensive Anfall ist im Anschlufs an einen heftigen psychischen Affekt aufgetreten.

Verfasser bespricht unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur die Differentialdiagnose und Ätiologie der Krankheit. *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Babes, *Annales de l'institut de Pathologie et de Bactériologie de Bucarest.* Bd. 4 u. 5. (Bukarest, Staatsdruckerei. 1894 u. 1895.) Aus dem Institut von Babes liegen der vierte und fünfte Band des Jahresberichtes vor, umfassend die Jahre 1891 bis 1893. Die Berichte erscheinen in rumänischer und französischer Sprache, wodurch ja ihre Verwendbarkeit bedeutend erleichtert wird, und sind durch sehr gute Buntdrucktafeln illustriert. Von dem, was uns interessiert, seien folgende Arbeiten erwähnt:

Über die Ätiologie der hämorrhagischen Infektionen, von Babes und Pop. Eine einheitliche Ursache der hämorrhagischen Infektionen giebt es nicht, indes rufen spezifische Mikrobien stets dieselben Erkrankungen hervor. Die Eingangspforte ist meist eine Pharyngitis, Amygdalitis, Bronchitis etc., besonders die Mandeln sind wichtig. Man kann drei Gruppen unterscheiden: 1. diejenigen, welche durch spezifische Bacillen hervorgerufen sind; 2. gangränöse Septikämien, in denen Saprophyten mit den pathogenen Mikrobien vergesellschaftet sind; 3. diejenigen, welche durch virulente Streptokokken hervorgerufen sind.

Untersuchungen über Noma, von Babes und Zambilovici. Noma ist eine Krankheit sui generis, darf nicht mit einer gangränösen Stomatitis verwechselt werden. Noma ist eine durch Mikrobien verursachte, übertragbare Krankheit, die sich meist bei Individuen findet, welche durch eine voraufgegangene Infektionskrankheit, besonders Masern, geschwächt sind. Als Infektionsträger fanden Verfasser in grofsen Mengen einen sehr feinen Bacillus, der sich in Bouillon züchten liefs und auf der Kaninchenhaut eine typische Gangrän erzeugte. Die Eingangspforte dieses Bacillus ist der Mund, besonders das Zahnfleisch.

Beobachtungen über metachromatische Körper, Sporen, Ramifikationen und Kapseln bei pathogenen Bakterien, von Babes. *F. Hahn-Bremen.*

Über den „Herpetismus" und seine Beziehungen zu den Stoffwechselstörungen, von Condorelli. (Catania, 1895.) Verfasser behandelt hier ziemlich ausführlich einen Gegenstand, der zum grofsen Teil noch von einem hypothetischen Flor umgeben ist. Der Herpetismus nähert sich unter anderem mehr dem Bilde verschiedener Hauteruptionen (Psoriasis, Ekzem, die verschiedenen Herpesarten), bildet aber keine selbständige Affektion, sondern lediglich das Symptom einer Stoffwechselkrankheit, die nun bereits ausgebrochen sein oder sich noch in ihrer Inkubationsperiode befinden kann. Zu diesen, das Symptomenbild des Herpetismus herbeiführenden Stoffwechselkrankheiten zählt Verfasser die Skrophulose, die Gicht, den Diabetes, die Oxalurie, den Rheumatismus. Die Urinbeschaffenheit bildet demnach die Richtschnur für die Diagnose und Therapie. Letztere ist für alle die genannten Stoffwechselkrankheiten dieselbe und besteht hauptsächlich in der temporären absoluten Fleischdiät: der Patient geniefst im ersten Monat täglich $^3/_4$ kg irgend einer mageren Fleischsorte (auch Fisch und Schweinefleisch); ausgeschlossen sind die glykogen- und oxalsäurereichen Muscheln und ähnliche Meertiere. Als Getränk sollen reichliche Mengen frischen Wassers genossen werden (mindestens 3 l täglich), dem täglich 1—2,0 Natron bicarb., Lithiumkarbonat oder ein ähnliches Alkali beigemischt ist. Alle

anderen therapeutischen Maßnahmen (Medikamente, Topica etc.) dienen nur zur Unterstützung der fundamentalen Fleischknr. *C. Müller-Bern.*

Festschrift zur Feier des 80jährigen Stiftungsfestes des ärztlichen Vereins zu Hamburg. (Leipzig, 1896. Alfred Langkammer.) Aus dem reichen Material, welches ihnen ihre Thätigkeit bot, haben es eine Reihe Ärzte in Hamburg-Altona unternommen, mancherlei interessante und wichtige Mitteilungen zusammenzustellen. Das Resultat ist das vorliegende Werk. Wir referieren aus demselben dasjenige, was für uns von Interesse scheint.

Über die Verwendung großer ungestielter Hautlappen zu plastischen Zwecken, von F. Krause. Verfasser schildert in dieser Arbeit die von ihm angegebene und seit vier Jahren zur Deckung großer Defekte geübte Methode und die damit erzielten Erfolge. Um zu verhüten, daß die Lappen gangränös werden, ist unerläßliche Bedingung: vollkommene Asepsis, vollkommen trockenes Operieren (auch physiologische Kochsalzlösung ist zu meiden) und geeignete Vorbereitung des Bodens, der eine reine Wundfläche darstellen oder in eine solche verwandelt werden muß. Dann heilen die Lappen stets an und geben ein vorzügliches Resultat insofern, als sie verschieblich und widerstandsfähig sind. Außer anderen Defekten hat Verfasser sie besonders bei ausgedehnten chronischen Unterschenkelgeschwüren (Amputationsfällen) geübt, sowie bei Gesichtslupus, wobei interessant ist, daß der aufgepflanzte Lappen sich nach seiner Anheilung zum plastischen Ersatz von Nase etc. eignete.

Über Empyema tunicae vaginalis, von M. Fürst. Aus dem großen Material des alten Hamburger Krankenhauses konnte Verfasser in den Jahren 1882—94 unter 2595 Fällen von Epididymitis nur zweimal solche von Empyem der Tunica vaginalis finden, während Hodenabscesse im Anschluß an Epididymitis sich 24 mal fanden. Die Diagnose bot keine besonderen Schwierigkeiten, die Therapie war eine einfache chirurgische: Spaltung, Ausspülung, Drainage. Dann erfolgte glatte Heilung.

Über Urininfiltration, von A. Wiesinger. Nach Nierenverletzungen, deren relative Gutartigkeit betont wird, tritt sehr selten Urininfiltration ein, um so leichter bei Verletzungen der Blase oder Harnröhre. Verfasser teilt zunächst einen Fall mit, der unter dem Bilde einer Urininfiltration verlief, sich aber bei der Sektion als eine Sepsis erwies, ausgehend von tuberkulösen Ulcerationen im Rectum, die zu prostatischen und periproktitischen Abscessen geführt hatten. Sodann schildert er einen Fall von komminutiver Beckenfraktur; durch Knochensplitter war die Blase angestochen, und so war die Urininfiltration zu stande gekommen. Heilung nach ausgiebiger Incision.

Interessant ist folgender Fall: Ein korpulenter Herr erkrankte an Urinretention; der hinzugerufene Arzt bohrte mit dem Katheter einen falschen Weg vorn, dicht am Blasenhals, und der austretende Urin veranlaßte eine Infiltration des prävesikalen Zellgewebes und ausgedehnte Gangrän der Muskulatur und der Haut. Heilung, ohne daß irgend welche Beschwerden beim Urinieren zurückblieben.

Zur Dystopie der Nieren, von Alsberg. Ein junges Mädchen erkrankte mit heftigen Unterleibsbeschwerden, die auf einen im kleinen Becken fühlbaren Tumor bezogen wurden, welcher als Ovarialcyste oder Hydrosalpinx gedeutet wurde. Obgleich der Befund nicht klar war, machte Verfasser doch die von anderer Seite vorgeschlagene Operation und exstirpierte den Tumor, welcher sich als Niere erwies, die noch ihre embryonale Lappung und zwei Ureteren zeigte.

Zur Pathogenese der Blasenentzündungen, von Du Mesnil de Rochemont. Klinisch-experimentelle Studie, bearbeitet in Gemeinschaft mit seinem Assistenten Herrn Dr. Moelling. Bekanntlich haben bei den Untersuchungen über Cystitis die verschiedenen Autoren die verschiedensten Bakterien gezüchtet und ihren Einfluß

auf das Zustandkommen der Cystitis verschieden beurteilt. Verfasser unterzogen aus dem Material des Altonaer Krankenhauses dies Kapitel einer Nachforschung. Bei 25 verschiedenen Cystitisfällen fanden sie 14 Spezies von Mikroorganismen, die zu Tierversuchen benutzt wurden. Sie erzielten folgende Resultate: Keine Cystitis erzeugten: chemisch und mechanisch reizende aseptische Fremdkörper, obligat aerobe, nicht harnstoffzersetzende, sowie fakultativ anaerobe, nicht harnstoffzersetzende Bakterien; ebenso wenig fakultativ anaerob wachsende, harnstoffersetzende. Letztere aber wohl, wenn die Harnröhre ligiert wird. Bei Ligierung bewirken auch anaerobe und fakultativ anaerobe, nicht harnstoffzersetzende, nicht eitererregende Bakterien Cystitis erzeugend. Sogar obligat aerobe, harnstoffzersetzende Bakterien bewirken Cystitis: sie müssen also in der Blase Sauerstoff genug zur Entwickelung finden. Wurde nun die Harnröhre ligiert, ohne daſs Bakterien injiciert waren, so trat eine Schädigung der Blasenschleimhaut ein, die sich darstellte als Hyperämie mit Neigung zu Hämorrhagien, ja zur Nekrose. Verfasser nehmen daher an, daſs die eigentliche Ursache der Cystitis in der Behinderung des Urinabflusses zu suchen ist, und daſs die Bakterien das unterstützende Prinzip bilden.

Der Befund des Rückenmarkes und peripherer Nerven bei einem Fall von hochgradigem Pemphigus foliaceus, von O. L. Bargum. Verfasser hat das Rückenmark und periphere Nerven eines an Pemphigus chronicus leidenden Mannes, der zwei Jahre im Hamburger Krankenhause verpflegt worden war, untersucht. Am Rückenmark fand sich durchaus nichts Pathologisches, dagegen wiesen einige periphere Nerven deutliche Zeichen bindegewebiger Degenerationen auf, so der Nervus cruralis, vor allem aber der Hautast des Nervus perineus superficialis, der ganz erheblich degeneriert war.

Das erste Jahrhundert der Schutzpockenimpfung und die Blattern in Hamburg, von L. Voigt. Anschlieſsend an die staatlichen Berichte und die vom Hamburger ärztlichen Verein inaugurierten Bestrebungen, schildert der bekannte langjährige Oberimpfarzt den Verlauf und das Auftreten der Blatternepidemien in Hamburg, sowie die herrlichen Erfolge, die seit Durchführung des allgemeinen Impfzwanges in Bezug auf die Einschränkung der Pockenepidemien in Hamburg erzielt worden sind.

Über den Einfluſs von Alter und Krankheiten auf die Samenbildung, von Simmonds. Auf Grund der an 200 männlichen Leichen jeglichen Alters, von 16 Jahren an aufwärts, die an den verschiedensten Krankheiten verstorben waren, angestellten Untersuchungen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Selbst im höchsten Greisenalter finden sich fast regelmäſsig noch Samenfäden.

2. Akute Krankheiten führen niemals Azoospermie herbei, chronische, mit Ausnahme der Rückenmarksleiden, nur selten. Selbst schwere Kachexien heben nur selten die Samenbildung völlig auf.

3. Chronische Lungenschwindsucht hebt nur in einem sehr kleinen Bruchteile der Fälle die Bildung von Spermatozoen auf, dagegen verzögert sie häufig die Pubertätsentwickelung.

4) Den schwersten deletären Einfluſs auf die Samenbildung übt der chronische Alkoholismus aus, der in der überwiegenden Zahl der Fälle zu Azoospermie führt.

Heilung eines Falles von Rundzellensarkom des weichen Gaumens unter Arsenbehandlung, von R. Boltz. Der 19jährige Patient war angeblich auſser an Mandelentzündung nie erkrankt gewesen. Plötzlich trat eine rasch zur Perforation führende Schwellung am weichen Gaumen auf. Unter Hg-KJ. Therapie weiterer Zerfall, nach einiger Zeit aber Besserung mit Beginn einer heftigen Stomatitis; dann plötzlich wieder rapide fortschreitender Zerfall. Mikroskopische Feststellung der

Diagnose als Rundzellensarkom; Injektionen von Natrium arsenicosum führten sehr schnell Heilung herbei (schon nach elf Injektionen Besserung). Wir referieren den Fall hier kurz, um darauf hinzuweisen, dafs die Krankengeschichte doch viel zwangloser die Deutung des Geschwürs, als zerfallendes Gumma gestattet, das unter der energischen Quecksilberkur zunächst Fortschritte machte; mikroskopisch dürfte die Differentialdiagnose zwischen Granulationsgewebe, Gumma und Sarkom besonders im Zupfpräparat nicht leicht sein. Anamnestisch liefsen sich wohl die voraufgegangenen Mandelentzündungen (bei der Unsicherheit der subjektiven Angaben derartiger Patienten!) als Primäraffekt, bezw. sekundäre Plaquesbildung deuten.

Über Myxoedema idiopathicum, von E. Ratjen. Verfasser hat einen sehr instruktiven, typischen Fall in ca. vier Monaten durch 100 Schilddrüsentabletten (à 0,3) geheilt. Keine Störung infolge der Kur. Patientin hat 56 Pfund an Gewicht abgenommen.

Über Narkose und lokale Anästhesie, von Kümmell. Verfasser schildert in eingehender Weise die verschiedenen Methoden der Narkose und lokalen Anästhesie. Nach seinen Erfahrungen giebt er im allgemeinen dem Chloroform den Vorzug: Tropfmethode, reines Präparat, ruhiges Zimmer, horizontale Lage etc. etc. Beachtenswert ist der Vorschlag, schwächlichen Individuen und Potatoren ca. eine Viertelstunde vor Beginn der Narkose eine gröfsere Menge Cognac oder Portwein zu verabreichen. Bei Herzleiden ist Äther zu nehmen, ebenso zur Fortsetzung der Narkose bei langdauernden Operationen. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Die Leprafrage in Indien, Bericht der Leprakommission. (*Brit. med. Journ.* 20. Juli 1895.) Die Untersuchungen des Jahres 1891 ergeben 126361 Lepröse in Indien, von denen 31069 weibliche Personen waren. Die Kommission empfiehlt, die Leprösen von der Beschäftigung in gewissen Handelsläden und Berufen zurückzuhalten. Der Ratschlag ist von der indischen Regierung befolgt worden, soweit er sich auf die Städte, gröfsere Märkte und Versammlungen bezieht. Besonders sind die Mafsregeln gegen die vagabundierenden Leprösen gerichtet. Im allgemeinen empfiehlt die Kommission möglichst strenge Isolierung der Leprösen.

C. Berliner-Aachen.

Lepra im Cap. Bericht der Cap-Lepra-Kommission. (*Brit. med. Journ.* 13. Juli 1895.) Die Gesamtzahl der Leprösen auf der Kolonie betrug im Jahre 1891 625, etwa 4,77 auf 10,000. Von diesen sind 366 männlichen, 259 weiblichen Geschlechts. 51 sind Europäer, resp. Weifse, von denen nur 4 aufserhalb der Kolonie geboren sind. Die Krankheit ist besonders unter den Hottentotten stark verbreitet, nächstdem erkranken die Mischrassen relativ stark. Im Jahre 1895 betrug nach den offiziellen Angaben die Zahl der Leprösen 1777, aber man glaubt, dafs es in Wirklichkeit noch weit mehr sind.

Von Interesse sind die Angaben bezüglich der Vaccination in Beziehung zur Lepra. Kein einziger Fall von Lepra ist nachweislich durch die Vaccination über-

tragen worden. Überhaupt vermochte die Kommission kein Beispiel von direkter Übertragung der Lepra aufzufinden. Bei den Malayen, Hottentotten, die sich ungern und nur vereinzelt impfen lassen, herrscht die Lepra viel stärker, als bei den Europäern, die zumeist geimpft sind. *C. Berliner-Aachen.*

b. *Tuberkulose.*

Ein Fall von Tuberkulose der Tonsille, von J. P. Stewart-Edinburgh. (*Brit. med. Journ.* 4. Mai 1895.) Das klinische Bild des Falles hat der Verfasser selbst nicht beobachtet, sondern nur Gelegenheit gehabt, Partikelchen der tuberkulös erkrankten Tonsille mikroskopisch zu untersuchen. Er findet es aber verständlich, dafs man den Fall nur als eine gewöhnliche chronische Vergrößerung der Tonsille angesehen hat, verbunden mit einer postskarlatinösen Otorrhoe und Hypertrophie der Cervikal-Lymphdrüsen. Der Fall betraf ein zehnjähriges Kind, das bis vor 2½ Jahren ganz gesund war, als es am Scharlach erkrankte. Die Anamnese ergiebt keine Anhaltspunkte für erbliche tuberkulöse Belastung.

Die Tonsillen zeigten bei der makroskopischen Besichtigung keinerlei Unterschiede von dem Aussehen gewöhnlicher, chronisch vergrößerter Tonsillen. Die Tonsillarkrypten waren ungewöhnlich gut markiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch folgende Befunde: Das Lymphgewebe der Tonsille zeigte Epithelialfalten, welche Krypten bildeten, in welchen Massen von amorphen, zahlreiche Mikroorganismen enthaltenden Gewebstrümmern lagen. Das Lymphgewebe wurde von zahlreichen Riesenzellen, die sich besonders unter dem Epithelüberzuge der Tonsillen stark angehäuft hatten, durchsetzt. Diese Riesenzellen zeigten die typische, polynukleäre, für den Tuberkel charakteristische Form und waren von den gewöhnlichen epitheloiden und lymphoiden Zellen umgeben. Eine Wucherung des Bindegewebes um diese Bezirke herum war nicht vorhanden, ebensowenig in der Tonsille überhaupt, aber das Stroma der Drüse schien hier und da hyalin degeneriert zu sein.

Die Befunde zeigen zur Evidenz, dafs die Tonsillen doch eine wichtigere Rolle als Infektionspforte des tuberkulösen Giftes spielen, als man bisher geglaubt hat.

C. Berliner-Aachen.

Zur Lupusbehandlung mittelst lokaler Anwendung von Kreosot und die Bedeutung des letzteren in der Therapie verschiedener tuberkulöser und eiteriger Prozesse, von Serenin-Moskau. Autor wandte Kreosot sowohl in Verbindung mit Glycerin (1 : 3 und 1 : 10) mit Oleum olivarum (1 : 10), als auch reines Kreosot an und hat sehr gute Erfolge bei Lupus beobachtet, so dafs er diese lokale Therapie den Ausschabungen und Transplantationen vorzieht. Es tritt freilich die Wirkung erst nach längerer Behandlung ein, ferner wird auch einem Recidivieren des Prozesses nicht vorgebeugt, doch ist dieser Nachteil auch den anderen Behandlungsmethoden eigen, andererseits bleibt aber nach Kreosotanwendung keine Entstellung übrig und wird ferner einem Umsichgreifen des Prozesses vorgebeugt, wie es bei messerscheuen Patienten so häufig vorkommt.

Autor fordert eindringlich zu weiteren Beobachtungen über die Wirkung des Mittels auf. Ferner betont er die Wirkung des Kreosots, die in der Hemmung der Eiterbildung und der Schmerzlosigkeit besteht; Vergiftungserscheinungen hat er nie beobachtet, trotzdem das Mittel larga manu angewandt war.

Nähere Mitteilungen behält sich Autor vor. (*Wratsch.* No. 36.)

J. Grünberg-St. Petersburg.

c. *Syphilis.*

Über die Schwere des Verlaufs extragenitaler Syphilis, von Fournier. (*Sém. méd.* 1895. No. 60.) Es giebt, nach F., eine Anzahl von Luesfällen mit extragenitalem Sitze des Primäraffekts, welche einen besonders schweren Verlauf annehmen. Betrachtet man dieselben in ihrer Zahl im Verhältnisse zu den syphilitischen Erkrankungen überhaupt, so erfährt man, dafs die extragenitale Lues nicht schwerer verläuft, als die genitale, und dafs bei ersterer die Lokalisation keine Rolle spielt, dafs vielmehr besondere Terrainverhältnisse im Spiele sind. *C. Müller-Berlin.*

Statistik der an der Abteilung für venerische und Hautkrankheiten beobachteten extragenitalen harten Schanker, von Krzysztalowicz und Mayzel. Von 974 harten Schankern hatten 79 (8,11%) einen extragenitalen Sitz. Davon kamen 20 auf die Lippen, 10 auf das Scrotum, 9 auf die Mammae, 6 auf die Tonsillen, die übrigen 34 auf Afterfalte, Schenkel etc. Hervorgehoben wurden folgende Fälle: 40jährige Magd, bei der der Schanker zur Zerstörung des ganzen Kinns führte, schwere sekundäre Symptome mit letalem Ausgang; 56jährige Frau, die von ihrer einjährigen Enkelin, die an sekundärer Lues litt, in die Unterlippe gebissen worden war; 21jährige Magd mit intaktem Hymen, Infektion durch Benutzung von Wäsche einer luetischen Kameradin; Sitz des Schankers bei der ersteren am Labium majus; eine Magd infiziert ein Kind an der Unterlippe, dieses die Mutter, welche einen Schanker an den Tonsillen acquiriert etc. (*Przegl. Lek.* 1894. No. 48, 49, 51.)
C. Müller-Bern.

Syphilitische Reinfektion, von Dr. Goldenberg. Autor publiziert zwei Fälle, wo die Patienten, einer im Jahre 1891, der andere 1892, sich mit Lues infiziert hatten und in seiner Behandlung gewesen waren. Auch in diesen reinfizierten Fällen waren alle Erscheinungen vollständig aufgetreten, der Initialaffekt 9, resp. 14 Tage nach dem Coitus, die deutlich ausgedrückte Sklerosis, die schmerzlose Schwellung der Leistendrüsen, Plaques muqueuses, Angina syphilitica, Roseolen, Condylomata ad anum, nässende Papeln am Gesicht und am Hodensack. Die Fälle sind dadurch interessant, dafs sie 1. auf Heilung der ersten Erkrankung hinweisen, 2. eine Reinfektion möglich ist; 3. die einmal überstandene syphilitische Diathese nicht im geringsten auf die Stärke der zweiten Infektion einwirkt. (*Allwöchentl. med. Ztg.* No. 37.) *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Über die durch Syphilis bedingten Blutveränderungen in Hinsicht nach ihrer diagnostischen und therapeutischen Bedeutung, von Jacob Justus. I. Teil. (*Virch. Arch.* 140. Bd. 1895.)

Über die durch Syphilis verursachten Veränderungen des Blutes, vom Standpunkte der Diagnose und Therapie betrachtet, von Falcone. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 21.)

Über die durch Syphilis bedingten Blutveränderungen in Hinsicht auf ihre diagnostische und therapeutische Bedeutung. Als Antwort und Abwehr, von J. Justus. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 24.)

In einer ausführlichen Arbeit berichtet Justus zunächst über die Schwankungen des Hämoglobingehalts während der Syphilis und unter Einfluss der Quecksilberanwendung. Da die Ergebnisse bereits früher (Bd. XIX. S. 269) berichtet sind, will ich hier nur hinzufügen, dafs Verfasser aus seinen Beobachtungen auch therapeutische und diagnostische Schlüsse zieht. Der beginnende regelmäfsige Anstieg des Hämoglobingehalts während der Kur zeigt den Eintritt des Rückganges der sichtbaren Erscheinungen an, geht diesem also voraus; die Besserung der Blutanomalie tritt

zuerst ein. Für die Diagnose ist der nach der ersten Quecksilberapplikation sich einstellende vorübergehende Abfall des Hämoglobingehalts insofern von Bedeutung, als nur Luetische diesen Abfall zeigen. Personen, die frei sind von Syphilis, reagieren auf die Quecksilberapplikation nicht in dieser Weise. Das negative Ergebnis, das Ausbleiben der Hämoglobinverminderung nach der Injektion oder Inunktion beweist nichts gegen Lues, da man die Reaktion da vermifst, wo die Syphilis die Akme überschritten hat, bereits im Rückgang sich befindet; das positive Ergebnis hat aber eine sichere diagnostische Bedeutung.

Im Anschlufs an diese Arbeit entwickelt sich eine der leider nicht zu seltenen Prioritäts-Polemiken zwischen Semmola, Falcone und Justus. Die ersteren reklamieren sehr energisch die Konstatierung der syphilitischen Blutveränderungen und deren Wertschätzung als Verdienst Semmolas, der 1889 darüber Vortrag gehalten, und bestreiten die Förderung dieser Frage durch die Arbeit von Justus. Dabei stimmt Falcone einen Klagegesang über die Ignorierung italienischer Arbeiten aufserhalb Italiens an, der wohl in gleicher Weise auch von den anderen Nationen gesungen und auch nicht aufhören wird, solange es überhaupt „nationale" Wissenschaften giebt. Justus beantwortet diese Reklamationen nach dem Sprichwort „Wie du mir, so ich dir", indem er den Nachweis zu führen sucht, dafs nicht er der Plagiator Semmolas, sondern Semmola der Plagiator früherer, dieses Gebiet bearbeitender Forscher, besonders des Russen Willbouchewitz (1874) ist. Aufserdem glaubt er auch positiv Neues hinzugefügt zu haben. — Unerquickliche Dinge!

Jessner-Königsberg i. Pr.

Syphilitische Erkrankungen des Herzens, von H. P. Loomis. (*Americ. Journ. of med. sciences.* Oktober 1895.) Im Anschlufs an einen Fall seiner Beobachtung beschreibt Verfasser nach den aus 1500 im Bellevue-Hospital gemachten Sektionen geschöpften Erfahrungen die syphilitischen Erkrankungen des Herzens. Der betreffende Patient war morgens tot vor seinem Bette liegend gefunden worden. Die Sektion ergab eine gummöse Neubildung in der Vorderwand des linken Ventrikels. Als Produkte der Syphilis fand Verfasser: am Herzen 1. Gummata: neue (weich, rötlichgrau) oder alte (trocken, gelblich, verkäst), ferner 2. fibröse Induration: umschriebene, oder diffus, oder Mischformen: käsiges Zentrum, mit Übergang in fibröses Gewebe nach der Peripherie, 3. amyloide Degeneration, 4. Endarteriitis obliterans. *F. Hahn-Bremen.*

O. Israel zeigte in der Gesellschaft der Charité-Ärzte (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 36) das Präparat eines Falles von **syphilitischer Endocarditis**; die Muskulatur war stark hypertrophiert, das Herz wenig erweitert, der linke Vorhof erscheint ganz starr, derb fibrös, die Oberfläche unter leicht abhebbaren fibrösen Belägen warzige Exkrescenzen, die Papillarmuskeln sind konisch ausgezogen, fibrös entartet. Gesichert wird die Diagnose durch gummöse Neubildungen in der Muscularis. Übrigens fanden sich auch in der Leber Erscheinungen einer allgemeinen interstitiellen Entzündung. Klemperer hebt die Bedeutung dieses Präparats hervor, da durch dasselbe zum ersten Male eine Endocarditis auf luetischer Basis sicher gestellt wird. *F. Hahn-Bremen.*

A. de Figueiredo beschreibt (*Ann. de socied. de med. e cirurg. da Bahia.* 1895. No. 1) **einen Fall von Pneumonia syphilitica** bei einem 19jährigen Manne. Hervorgehoben werden dabei folgende Einzelheiten: Lokalisation der Rasselgeräusche und der Stiche im 5. Interkostalraum der rechten Lunge; Abnahme der Temperatur und aller anderen Symptome durch eine spezifische Behandlung; Abwechseln des Sitzes der krepitierenden Rasselgeräusche in der Axillar- und Mammillarlinie; Auftreten von Intoleranzerscheinungen gegenüber Jodpräparaten, welche zum Ent-

stehen von krepitierenden Rasselgeräuschen Anlafs gaben, die ganz identisch waren mit den durch die syphilitische Erkrankung verursachten. *C. Müller-Bern.*

Syphilitische Affektionen in der Nase, von E. Stangenberg. (*Hygiea.* 1895. S. 465—484.) Eine übersichtliche Darstellung der syphilitischen Nasenaffektionen bei Erwachsenen ohne etwas wesentlich Neues zu bringen; zur Beleuchtung werden zwölf eigene Krankengeschichten über Fälle von Rhinitis gummosa und Rhinitis ulcerosa syphilitica mitgeteilt. Es soll hier nur erwähnt werden, dafs das von Michelson für die syphilitischen Affektionen am Septum angegebene Charakteristicum, dafs diese sich furchenförmig in sagittaler Richtung erstreckten, nicht durch die Kasuistik des Verfassers bestätigt wird, da dies nur in einem einzigen von seinen Fällen zutraf. In vier Fällen des Verfassers trat die Nasenaffektion 4—10 Jahre, in einem Falle 18 Jahre nach der Infektion auf; für die anderen Patienten fehlen genauere Angaben.
Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Einen Fall von Synovitis acuta syphilitica demonstriert Julius Weiss im Wiener medizinischen Club. (*Prag. med. Wochenschr.* 1895.) Ein 1883 infizierter Patient, der vielfach luetische Erscheinungen gehabt, bekam 1894 ganz akute Schwellungen beider Kniegelenke und ein gummöses Muskelinfiltrat an einem Ellenbogengelenk, die auf eine antiluetische Kur zurückgingen. Derartige Synovitiden sind in diesem Stadium nur sehr selten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beiträge zur Kenntnis der spezifischen Labyrinthitis, von Arthur af Forselles. (*Finska Läkaresällskapets Handlingar.* 1894. Bd. XXXVI.) Labyrinthaffektionen bei Syphilis treten am häufigsten in Anschlufs an Katarrhe des Mittelohres auf; von primären spezifischen Labyrinthitiden sind nur wenige bekannt. Verfasser teilt folgenden Fall der letzten Art mit: Der 22jährige Patient wurde mit Quecksilberpillen beim ersten Ausbruch von Syphilis 1894 behandelt; später kein Recidiv; den 3. August desselben Jahres plötzlich sehr starker Schwindel, Erbrechen, keine subjektiven Schallempfindungen, sondern schnelle Abnahme des Gehörs am linken Ohr; nach einigen Tagen Temperatursteigerung während ein paar Tage (bis zu 39°); der Schwindel besserte sich nach anderthalb Wochen, die Schwächung des Gehörs dauerte aber fort.

Objektive Untersuchung beim ersten Besuche den 22. August: die inneren Organe bieten nichts Abnormes dar. Linkes Trommelfell grauweifs; keine Retraktion, Kalkablagerungen oder Verdickungen desselben. Tuba Eustachii permeabel. Uhrticken am rechten Ohr im Abstand eines Meters gehört; am linken Ohr nicht einmal bei Kontakt; Sprechen wird auf letzterem recht gut vernommen. Die Perceptionszeit für die höheren Töne bedeutend, für die tieferen weniger verkürzt.

Diagnose: Linksseitige primär-spezifische Labyrinthitis, möglicherweise eine ähnliche, weniger ausgesprochene auf der rechten Seite.

Therapie: Hg-Pillen, Baumwolle im Ohr, Aufenthalt an einem ruhigen Ort.

Resultat: Am 27. August hört Patientin die Uhr auf der linken Seite im Abstand von 7 cm, am 1. Oktober im Abstand von 60 cm, auf dem rechten Ohr im Abstand von 2 m.

(Da die Untersuchung erst 19 Tage nach dem Auftreten der Labyrinthsymptome stattfand, und da das Aussehen des Trommelfells doch nicht normal scheint, wäre es vielleicht nicht ganz aufser Zweifel, dafs die Labyrinthitis primär sei, d. h. ohne vorausgehende Affektion des Mittelohres. Ref.) *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Labyrinthsyphilis, von Magnus Möller. (*Hygiea.* 1895. No. 4.) Verfasser teilt vier Fälle von Labyrinthsyphilis mit; drei Fälle (No. I, II und IV) entstanden

5—10 Monate, der eine (III.) sieben Jahre nach der Infektion. Bei diesem letzteren Patienten, welcher u. a. vier Jahre vorher glücklich eine Hemiparesis syphilitica mit Aphasie (Hg-Behandlung) überstanden hatte, trat die Labyrinthitis mit apoplektiformem Anfall auf; nur unbedeutende Besserung der Taubheit durch Behandlung mit Hg und Jodkalium und später mit Pilokarpin. In zwei Fällen entwickelten sich die Symptome nach und nach: in No. I erst Schwindel und unsicherer Gang und anderthalb Wochen später herabgesetztes Gehörvermögen und subjektive Schallempfindungen; in No. II: erst subjektive Schallempfindung und dann verringertes Gehör, danach Gleichgewichtsstörungen; Behandlung mit Hg und Jodkalium ergab in No. I völlige Heilung, in No. II eine sehr bedeutende Besserung. Trotz syphilitischer Recidive von seiten anderer Organe recidivierte das Ohrleiden nicht in 2, resp. 1½ Jahren. In Fall IV trat plötzlich völlige Taubheit auf beiden Ohren auf; Behandlung mit Hg und Jodkalium blieb ohne Erfolg, wie auch eine Pilokarpinkur; sonderbar genug, schwand aber später die Taubheit vollständig und spontan im Verlaufe dreier Monate, und das Gehör ward ganz normal, wie vor der Krankheit.

In der Epikrisis hebt der Verfasser hervor, dafs eine in rechter Zeit instituierte Behandlung mit Hg und Jodkalium gewifs die im allgemeinen für besonders schlecht angesehene Prognose der syphilitischen Labyrinthitis verbessern wird, und dafs man sofort damit anfangen soll, nicht, wie es Pollitzer empfiehlt, mit Pilokarpininjektionen.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Pic und Mousset berichten über einen äufserst schweren Fall von **Hirnsyphilis** bei einer 55jährigen Frau: Coma, Kontrakturen, Sphinkterlähmungen, schwerer Decubitus. Die Patientin zeigte aufserdem den Weberschen Symptomenkomplex (Lähmung des Oculomotorius links, des unteren Facialisgebietes rechts, der rechten oberen und unteren Extremität). Trotz der Schwere der Erkrankung heilte dieselbe rasch unter Jodkalium-Quecksilbertherapie. (*Lyon méd.* 1895. No. 31.)

C. Müller-Bern.

Der Einfluſs der Syphilis auf die Tabes dorsalis, von A. Cardarelli-Neapel. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 31. Juli 1895.) Wenn auch die Vorgeschichte von Tabetikern häufig (in 50%) eine überstandene Syphilis aufweist, so braucht deshalb die Tabes noch nicht syphilitischen Ursprungs zu sein. In Fällen, in denen die Tabes thatsächlich durch die Syphilis bedingt ist, finden sich aufser ihren Symptomen noch Zeichen einer spinalen Syphilis; bei solchen Kranken ist eine spezifische Kur zu empfehlen. Dieselbe mufs jedoch sehr vorsichtig gehandhabt werden und kann eine wesentliche Verschlimmerung der Tabes herbeiführen, ganz besonders, wenn es sich um eine beginnende Sehnervendegeneration handelt. *H. Einhorn-München.*

Saturnismus und Syphilis, von J. Moreira. (*Ann. da socied. de med. e cirurg. da Bahia.* 1895. No. 1.) Der Fall (26jähriger Maler), dessen Krankengeschichte hier mitgeteilt wird, ist in doppelter Hinsicht erwähnenswert, einmal wegen des ungewöhnlichen Sitzes des Primäraffekts (Septum narium), dann wegen der Schwere der Symptome (Rupia, schwere Allgemeinsymptome), wozu die Kombination mit einer chronischen Bleiintoxikation (Kolikanfälle, Bleisaum, Nachweis von Blei im Harne) Anlafs gab. *C. Müller-Bern.*

Olivari beschreibt **drei Fälle schwerer tertiärer Syphilis** und schliefst daran eine klinische Betrachtung, sowie den histologischen Befund, betreffend granulierte, acido- und basophile Zellen, welche an Zahl ziemlich beträchtlich vermehrt vorgefunden wurden, ohne dafs andere Veränderungen an ihnen konstatiert werden konnten. (*Rif. med.* 1895. No. 237—239.) *C. Müller-Bern.*

Über infantile Syphilis, von Boulengier. (*Presse méd. belge.* 1895. No. 47—49.) Unter dieser Bezeichnung ist nicht etwa eine besondere Form der Syphilis zu verstehen, sondern lediglich die im Kindesalter auftretende spezifische Affektion, welche acquiriert oder kongenital sein kann. Das Bestehen einer hereditären Syphilis im Sinne der Übertragung der Krankheit durch Ei oder Sperma ist nicht erwiesen. Dasselbe gilt von der sog. konzeptionellen Syphilis, welche auf einer embryologischen Unmöglichkeit zu beruhen scheint. Danach wäre die kongenitale Syphilis nichts weiter, als eine in utero acquirierte. Unter syphilitischer Heredität sind alle jene parasyphilitischen Erscheinungen zusammenzufassen, welche durch die Lues heruntergekommene Eltern auf ihre Nachkommenschaft übertragen können: allgemeine Schwäche, Rhachitis, Disposition zu Skrophulo-Tuberkulose, Idiotismus, Neurosen, Psychosen etc. *C. Müller-Bern.*

Über ein bisher wenig beachtetes Symptom der hereditären Lues, von M. Krisowski. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 41.) Verfasser macht bei der hereditären Lues auf die radiär gestellten Narben rings um den Mund aufmerksam, welche Erscheinung bis jetzt in der (deutschen) Litteratur zu wenig beachtet wurde. Die lineären Narben sind in der Regel radiär gestellt, und zwar in unregelmäfsiger Sternform, von der Mundöffnung ausstrahlend, und können sowohl symmetrisch, als auch unsymmetrisch sein. *L. Hoffmann-Berlin.*

Keratomykose (beginnende Keratomalacie) bei einem mit Lues congenita haemorrhagica behafteten Säugling, von Eduard Zirm. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 34.) Ein hereditär, luetisches, atrophisches Kind ging unter Erscheinungen einer hämorrhagischen Diathese zu Grunde; daneben bestand eine Augenaffektion. Die Sektion ergab: eine subperiostale Eiterung am rechten Schläfenbein; bis haselnufsgrofse, hämorrhagische Blasen an verschiedenen Stellen der Haut, das Corium darunter ist hämorrhagisch infiltriert; oberflächliche Substanzverluste über den Fingerknöcheln und dem Kreuzbein, am Anus; die Lungen braunrot, hepatisiert; Leber vergröfsert, parenchymatös degeneriert, ebenso die Nieren; Milz grofs, derb, schwarzrot; im Magen und Darm Ekchymosen. Besonders auffallend ist die Beschaffenheit der Hornhaut, die das Bild einer beginnenden Keratomalacie aufwies. Dieselbe war wegen des Todes des Kindes nicht zur Ausbildung gelangt. Die Keratomalacie ist keine direkte Folge der Syphilis, die durch letztere bewirkte Atrophie ebnete nur den Kokken den Weg, deren Invasion die Hornhautveränderung bedingte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hereditäre Lues und Riesenwuchs, von Theodor Fuchs. (*Wien. klin. Wochenschrift.* 1895. No. 38.) Während die hereditäre Lues sehr oft auf das Wachstum einen verzögernden Einfluſs ausübt und oft zu atrophischen Zuständen im Knochensystem führt, ist auch das Umgekehrte beobachtet. Man hat Verlängerung einzelner Extremitäten gesehen, die auf den Reiz durch das syphilitische Virus zurückgeführt wurden. Sirena fand ferner bei einem Riesen Zeichen hereditärer Lues, und in gleicher Weise weist der vom Verfasser geschilderte Fall neben deutlichen Zeichen hereditärer Lues eine mächtige Entwickelung des ganzen Körpers auf. Patient litt an einem Nierenleiden, welches, wie die Therapie lehrte, auch luetischen Ursprungs war. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

E. Thomson berichtet (*Glasgow med. Journ.* Dezember 1895) über einen Fall von **Kniegelenkaffektion auf Grund hereditärer Syphilis** aus der Klinik von M'Call Anderson. Elastische, schmerzhafte Schwellung beider Kniegelenke mit geringem Flüssigkeitserguſs in das Gelenk, lokaler Temperatursteigerung und leichter Hautrötung bei einem 7jährigen Kinde einer syphilitischen Mutter. Keratitis inter-

stitialis auf beiden Augen. Auf Jodkalium, innerhalb der ersten zehn Tage, und später lokale Inunktion von Merkurialsalbe und Massage. Vollkommene Heilung nach Ablauf von vier Monaten. *H. Einhorn-München.*

Therapeutische Versuche bei Syphilis, von JARISCH. (*Wien. med. Wochenschrift.* 1895. No. 17.) Bei den wegen Roseola luetica mit Quecksilber behandelten Kranken sah der Verfasser sehr häufig eine Art Reaktion nach einigen Inunktionen auftreten; die Flecke treten viel deutlicher hervor. Die Raschheit der Involution entspricht der Intensität der Reaktion. Diesen Vorgang führte der Verfasser nicht auf eine direkte antiparasitäre Wirkung des Quecksilbers, sondern auf seine chemotaktische, entzündungserregende zurück. In der deletären Wirkung, welche das Quecksilber auf manche Syphilisformen ausübt, in der Unwirksamkeit der Präventivkuren, den oft kontinuierlichen Recidiven etc. sucht er dann eine Stütze für seine Ansicht zu finden, auf der fufsend er einen therapeutischen Versuch mit anderen chemotaktisch wirkenden Mitteln anzustellen beschlofs. Er wählte das Terpentin im Verein mit Salicylsäure und verwendete es in folgenden Formen. Zu Einreibungen:

Terebinth. venet.	15,0
Acid. salicyl.	10,0
Ung. simpl.	75,0

Zum Verbande nässender oder pustulöser Eruptionen:

Terebinth. venet.	15,0
Acid. salicyl.	10,0
Pastae Lassar.	75,0

Gegen trockene, schuppende Plaques kam ein Diachylonpflaster zur Verwendung, welches auch 15% Terebinthina veneta und 10% Acidum salicylicum enthielt.

Im ganzen wurden 52 Fälle in der genannten Weise behandelt, von denen 32 bis zum Schwunde der Erscheinungen (I. Gruppe). Bei den übrigen Fällen (II. Gruppe) wurden zum Schlusse der Behandlung andere Heilmethoden in Anwendung gebracht. Von ungünstigen Nebenwirkungen wurde beobachtet: einmal ein leicht papulöses Ekzem, einige Male nach Applikation der Paste tiefsitzende Pusteln, die zu scharfrandigen, schmerzhaften Substanzverlusten führten, aber unter essigsaurer Thonerde leicht heilten. Oft klagten die Kranken nach den Einreibungen über Brennen. In einem Falle trat nach 19 Inunktionen und fünftägigem Gebrauch einer halbprozentigen Terpentinemulsion als Mundwasser eine Stomatitis auf, die sich nicht von der merkuriellen unterschied. Das Allgemeinbefinden besserte sich stets, das Körpergewicht hob sich. Um eine Heilwirkung durch Einatmung von Quecksilber auszuschliefsen, wurden eine Reihe von Patienten in Zimmern untergebracht, in denen keine Quecksilberkuren vorgenommen wurden.

Verfasser giebt nun eine grofse Reihe von Krankengeschichten wieder. Aus denselben geht hervor, dafs eine grofse Zahl der Syphilide nach den Einreibungen prompt zur Rückbildung gelangten, und zwar nicht nur die direkt von dem Medikament berührten. Es mufste also eine Fernwirkung angenommen werden, trotzdem niemals der charakteristische Veilchengeruch im Urin auftrat und die Salicylreaktion im Harn nur in mäfsigem Grade angetroffen wurden. Eine Allgemeinwirkung wurde nachgewiesen durch Kontrolle der Blutzusammensetzung. Bemerkenswert ist die günstige Beeinflussung syphilitischer Geschwüre durch lokale Applikation der Terpentinsalicylmischungen. Fünfmal wurden Recidive beobachtet. Unbefriedigend war der Erfolg bei zwei Fällen von Lichen syphiliticus, bei einem trat noch eine Iritis syphilitica hinzu. In einem anderen Falle heilte ein ulceröses, serpiginöses Syphilid erst, als zu Unguentum cinereum gegriffen wurde. Ein grofspapulöses Syphilid trotzte der Be-

handlung, schwand auch erst nach durch zwei Monate fortgesetzter Quecksilbersalbeneinreibung.

(Ohne auf die sehr hypothetischen Voraussetzungen des Verfassers eingehen zu wollen und ohne gerade zu viel Gewicht auf die relativ günstigen Erfolge zu legen, erblicke ich doch in diesen therapeutischen Versuchen einen wichtigen Fortschritt. Es ist damit zweifellos eine Ära neuer therapeutischer Experimente angebahnt, die vielleicht uns praktischen Nutzen bringen wird. Ich schätze die Erfolge der Quecksilbertherapie sehr hoch, aber daſs wir mit derselben alles Erstrebenswerte erreicht haben, wird wohl niemand behaupten. Es ist deshalb sehr nötig, daſs in den Kliniken, der einzigen zu Experimenten geeigneten Stelle, einmal versucht wird, ob nicht neue Bahnen zu finden sind, ob es nicht Antiluetica giebt, die mit noch gröſserem Rechte Specifica genannt werden können, als das Quecksilber. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zum Studium der Sublimatinjektionen in hohen Dosen (0,02—0,5) in der Syphilistherapie, von Sprecher und Allgeyer. (*Rif. med.* 1895. No. 209.) Die Versuche, welche die Verfasser bei 126 Syphilitikern in der sekundären (115) und tertiären Periode vorgenommen haben, bestätigen einerseits die therapeutischen Resultate, welche andere Autoren mitgeteilt haben; andererseits aber konnten sie nicht jene absolute Toleranz der Patienten gegenüber dem Sublimat konstatieren. Während nämlich diese Toleranz bei Männern eine ziemlich beträchtliche ist, können bei Frauen Dosen von 0,03 schwerere Intoxikationen, solche von 0,05 sogar den Tod zur Folge haben. *C. Müller-Bern.*

Zur Syphilisbehandlung, von E. Saalfeld. (*Therap. Monatsh.* Mai 1895.) S. gab herabgekommenen Syphilitikern mit bestem Erfolge Somatose; die Gesamternährung hob sich, oft trat vermehrter Appetit ein. (Dieses so vielfach erprobte, wegen des groſsen Gehaltes an Albumosen und der fast verschwindenden an Peptonen, den Darmkanal kaum reizende Nährmittel kann auch Referent nach seinen Erfahrungen bei Syphilitikern und Neurasthenikern bestens empfehlen.) Verfasser berichtet auſserdem über zwei mit Bezug auf die Hg-Behandlung lehrreiche Fälle von Syphilis. Bei dem einen Falle stellte sich nach Gebrauch von 135 g Unguentum hydrargyri cinereum eine Nephritis ein, mit 8‰ Eiweifs, nach weiteren fünf Einreibungen à 3 g stieg der Eiweifsgehalt auf 60 ‰. Ein zweiter Fall, eine sehr schwächliche Frau mit hartnäckigen, auf die gewöhnlichen Dosen oft recidivierenden tertiären Symptomen, zeigte erst einen Rückgang der Erscheinungen, als Verfasser 10 g täglich schmieren lieſs und innerlich 4,5 g Kalium jodatum täglich verordnete.

A. Strauſs-Barmen.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über Ureteritis cystica, von v. Kahlden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 3.) Im ersten Falle handelte es sich um eine alte Frau, bei welcher die Obduktion chronische Cystitis, interstitielle Nephritis und frische fibrinös-eiterige Pleuritis ergab. Der rechte Ureter war oben und unten von einer ziemlichen Zahl von Cystchen besetzt, die mit wasserhellem oder leicht gelblichem Inhalte gefüllt waren. Bei der mikroskopischen Untersuchung fielen in dem Inhalte dieser Cysten zunächst eigentümliche Gebilde auf, die sich mit Eosin in äuſserst charakteristischer Weise intensiv rot färbten. Ein Teil derselben war mit einer hyalinen, membranartigen Hülle umgeben, ein anderer Teil entbehrte einer solchen Umhüllung, und eine dritte Gruppe war charakterisiert durch äuſserst komplizierte Verzweigungen. Diese Körper nahmen bei einer Vergröſserung von 200 ein ganzes Gesichtsfeld ein, und von da fanden sich

alle Übergänge bis zu ganz kleinen Körperchen, die etwa die Gröfse eines roten Blutkörperchens besafsen. Diese kleinsten Körperchen waren ganz homogen; sobald die Körper etwa die zehnfache Gröfse eines roten Blutkörperchens erreicht hatten, trat in ihrem Zentrum ein charakteristisches goldgelbes Pigment auf, welches dann allen gröfseren Formen gemeinsam war. Aufser diesem Pigment schlossen die gröfseren Körper auch noch durch Hämatoxylin dunkelblau gefärbte Kerne ein und abgeblafste Gebilde, die wie untergehende Kerne aussahen. Schliefslich fielen im Innern auch noch dunkelblau gefärbte, ovale Gebilde auf, die mit einer ganz ähnlichen roten Kapsel umgeben waren, wie die roten Körper selbst. v. KAHLDEN hält die hier beschriebenen Gebilde für Parasiten und macht namentlich auf die Ähnlichkeit aufmerksam, welche dieselben mit der in der Harnblase des Hechtes lebenden Myxosporidie haben.

Im zweiten Falle war der Befund ein etwas anderer. Hier hatte sich bei einem 67 Jahre alten Manne zu einem primären Carcinom der Harnblase eine Cystitis hinzugesellt, und aufserdem ergab die Sektion in beiden Ureteren eine grofse Anzahl von Cysten. Mikroskopisch fanden sich hier als Inhalt in den Cysten ebenfalls wieder grofse, mit Eosin intensiv rot gefärbte Körper. Kleine rote Körper und Übergänge zu solchen fehlten jedoch. Auch hatten die Körper keine kolbigen und pseudopodienartigen Auswüchse, und ebenso fehlte ihnen das so charakteristische Pigment des ersten Falles. Kernartige Gebilde waren in ihrem Innern weniger deutlich ausgesprochen, dagegen schlossen sie eigentümliche, lanzettförmige Körper in grofser Zahl ein, die schon durch ihre Gestalt, mehr aber noch durch ihre regelmäfsige Lage in einem kapselartigen Hohlraum und weiter dadurch ausgezeichnet waren, dafs sie ein zentral gelegenes vakuolenartiges Gebilde enthielten. *Neuhaus-München.*

Zur Differentialdiagnose der Pyelitis und Cystitis, von A. SCHABERT. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1894. No. 42.) Die Schwierigkeiten der Abgrenzung der Pyelitis, zumal der sekundären, ascendierenden, von der Cystitis sind bekannt. Die komplizierende Pyelitis wird besonders übersehen bei der chronischen Blennorrhoe, wo sie oft für eine Cystitis angesprochen wird; nach Verfasser liegt da oft der Eiterbeimengung zum Harne eine Pyelitis zu Grunde. Aber auch das umgekehrte kommt vor. Es wird bei einer Pyelitis eine Cystitis, die gar keine Symptome macht, übersehen; in einem vom Verfasser berichteten Falle konnte letztere nur cystoskopisch festgestellt werden.

Von den diagnostischen Momenten kommt der Reaktion des Urins und dem Schmerz keine Bedeutung zu. Wichtig ist aber das niedrige spezifische Gewicht und die Polyurie bei der Pyelitis. Dafs das Cystoskop viel leisten kann für die Diagnose, auch wenn gleichzeitig Blasenkatarrh besteht und der Urin deshalb trübe ist, beweist der vom Verfasser berichtete Fall. Es handelt sich um eine Patientin mit croupöser Cystitis, die durch Ätzungen der entstandenen Geschwüre annähernd geheilt wurde. Als dann der Urin doch trübe blieb, fand man cystoskopisch nach gründlicher Ausspülung der Blase, dafs aus den Ureteren trüber Urin in das Blaseninnere austrat. Als charakteristisch fand sich eine Erweiterung der Ureterenmündungen, die der Verfasser auch bei der Sektion einer an tuberkulöser Nephritis gestorbenen Person konstatieren konnte. Die Ureterenmündung war dabei starr infolge der Verdickung der Wandungen.

Auf drei Momente weist dann der Verfasser noch hin, die zu beachten sind: Erstens erlangt man trotz fortgesetzter Störung nur eine relative Klarheit des Urins. Zweitens giebt der Fundus immer das trübste Bild. Schliefslich bleibt der Urin eiterhaltig, selbst wenn man die Genesung der Blasenschleimhaut konstatiert hat.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fall von Pyelonephritis, Dilatation der Ureteren und Cystitis bei einem fünfjährigen Kinde, von W. K. Hunter und Edington. (*Glasg. med. Journ.* August 1894.) Nachdem schon seit 3½ Jahren Schmerzen bei der Harnentleerung, vorübergehendes Harnträufeln und bei Rückenlage nächtliches Bettnässen bestanden hatten, wird bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine bedeutende Dilatation der Blase, fast bis zu Nabelhöhe, und beträchtliche Urinretention konstatiert. Urin normal. Mäfsige Phimose. Orificium urethrae sehr eng, sonst keine Verengerung, kein Blasenstein.

Nach vier Tagen Balanitis, am siebenten Tage Circumcision. Im Anschluſs an die Balanitis aufsteigende, septische Infektion des Urogenitalapparates, die den Tod des Kindes bedingt. Die bei der Sektion gefundene Hypertrophie der Blasenwandung, die Dilatation der Blase, der Ureteren und des Nierenbeckens wird als Folge einer reflektorischen Reizung des Sphincter vesicae hingestellt, hervorgerufen durch die Verengerung des Einganges der Urethra und durch das enge, adhärente Präputium.

H. Einhorn-München.

Über die operative Behandlung von Nierensteinen, von J. Ranschoff. (*Bost. med. Journ.* 23. Mai 1895.) Sehr häufig werden bei Sektionen Nierensteine gefunden, die während des Lebens keinerlei Erscheinungen gemacht haben. In sieben Fällen von Nephrotomie, die der Verfasser bei Nierenstein machte, war alles Suchen nach dem Stein vergeblich: meist bestanden die Beschwerden fort.

Das Vorhandensein oder Fehlen von Krystallen im Urin ist kein verläfsliches diagnostisches Merkmal. Weit wichtiger ist das jedesmalige Vorhandensein von roten Blutkörperchen bei der Untersuchung, besonders zusammen mit Pyurie bei saurer Reaktion.

Das Cystoskop ist ein sehr schätzenswertes diagnostisches Hülfsmittel, denn mit ihm können Blasenkrankheiten eliminiert, häufig auch die ergriffene Niere festgestellt werden. Im allgemeinen hat man zu wählen zwischen einfacher Incision und Exstirpation oder partieller Resektion der Niere. Folgende Sätze können aufgestellt werden:

1. Eine absolut sichere Diagnose auf Nierenstein kann nicht gestellt werden.
2. Die Nephrolithotomien, die zur Entfernung von Nierensteinen gemacht werden, zerfallen in solche, die dringend notwendig und solche, bei denen man noch zuwarten kann. Bei Anurie und profuser Hämaturie ist ein Aufschub verhängnisvoll.
3. Pyurie und Hämaturie, als Zeichen von beginnenden destruktiven Veränderungen, sind entschiedene Indikation für einen Explorativschnitt.
4. Akupunktur ist nicht verläfslich.
5. Die Eröffnung des Nierenbeckens nur zur Exploration und zur Entfernung eines Steines ist zu vermeiden.
6. Die primäre Nephrektomie wegen Steins sollte für die äufsersten Fälle reserviert werden.
7. Primäre Nahtvereinigung, soweit es möglich, macht die Nephrolithotomie zu einer idealen Operation.
8. Feste Tamponade der Nierenwände und des perirenalen Raumes gefährdet die Innervation des Kolons.
9. Nephroraphie sollte den Schlufsakt jeder Operation bilden, welche die Lage der Niere ernstlich gefährdet hat.

Karl Ries-Stuttgart.

Renales Indigokonkrement, von W. S. Forbes. (*Med. News.* 18. August 1894.) Bei einem 27jährigen Manne, welcher bei Lebzeiten niemals über Nierenbeschwerden geklagt hatte, fand sich nach seinem durch Ersticken in Leuchtgas erfolgten Tode ein ca. wallnufsgroſses, etwas unregelmäfsig gestaltetes Konkrement der linken Niere.

Dasselbe war in Pelvis und zum Teil in einem der Kelche eingebettet, war 1¹/₈ Zoll breit und 1¹/₂ Zoll lang im gröfsten Durchmesser, wog 8,82 g, zeigte eine dunkelbraune Farbe, und beim Überstreichen über weifses Papier blieb ein grober, blauer Strich zurück. Die genauere chemische Untersuchung ergab, dafs man es ganz unzweifelhaft mit Indigo zu thun hatte. Ein ähnlicher Fall ist bisher nur von Ord beschrieben worden. *Philippi-Remscheid.*

Bumm-Basel giebt an der Hand eines Falles detaillierte Angaben über Symptomatologie und Therapie der **Uretero-Vaginalfisteln**. In dem beschriebenen Falle lag die Fistel auf der rechten Seite und war beim Anlegen der Zange während einer laboriösen Geburt entstanden. (*Korrespondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1895. No. 4.)
C. Müller-Bern.

Ein Fall von urethro-vaginalem Abscefs, von J. M. Green. (*New York med. Journ.* 6. Juli 1895.) Bei einer 27jährigen, verheirateten, sterilen Frau, welche über Schmerzen beim Urinieren und intensivere, zuweilen schubsweise auftretende Leukorrhoe klagte, konstatierte Verfasser in einer Entfernung von etwa drei Viertel Zoll vom Meatus urethrae einen sich bis auf den Blasenhals erstreckenden, rundlich länglichen Tumor. Bei stärkerem Druck darauf entleerte sich derselbe in die Blase, und der Katheter förderte alsbald stark eiterigen Urin zu Tage. Es wurde von der Vagina aus incidiert, die Abscefshöhle, soweit es ging, auspräpariert und antiseptisch behandelt; der nicht mehr zugängige Teil wurde mit Gaze ausgestopft. Heilung. Derartige Fälle sind selten. Sie sind von Collen (im *Johns Hopkins Hospital Bull.* April 1894) eingehend beschrieben. Die Ätiologie ist eine variable.
Philippi-Remscheid.

Einige ungewöhnliche Neubildungen der Vulva, von R. W. Taylor. (*Americ. Journ. of the med. sciences.* 1894. S. 52.) Es werden drei Fälle mitgeteilt. Im ersten Fall, der eine 45jährige Frau betraf, hatte sich die ganze Vulva in einen glatten, kastanienfarbenen Tumor umgewandelt, der von dem Leisten bis zum After reichte Von den ursprünglichen Formen der Vulva war nichts mehr zu erkennen. Die Geschwulst fühlte sich derbelastisch an, war etwa drei Linien dick und mit den unterliegenden Gewebe, bezw. den Knochen verwachsen. Das Allgemeinbefinden war durch diese Geschwulst nicht verändert, nur gegen Ende des Lebens machte sie einige Beschwerden.

Im zweiten Fall bildete sich bei einer 23jährigen Witwe in der Mitte der rechten Leistenfalte ein Knötchen, das allmählich, aber unaufhaltsam wuchs und ulcerierte. Nach und nach wurden die grofsen und kleinen Schamlippen und die ganze Perinealgegend überzogen. Der Introitus vaginae wurde ganz eng, die Stuhlentleerung schmerzhaft. Die Geschwürsfläche hat sich dann, anscheinend unter dem Einflufs von grauer Salbe, vernarbt.

Im dritten Fall endlich handelte es sich um eine 22jährige Farbige, die wahrscheinlich syphilitisch war. Bei dieser war die linke grofse Schamlippe hypertrophiert und warzig, fühlte sich knorpelig an. Verfasser diagnostizierte ein Oedema induratum syphiliticum und unterzog die Kranke sechs Wochen lang einer spezifischen Behandlung. Da das aber erfolglos blieb, so entfernte er den Tumor mit dem Messer. Nach 15 Monaten wiederholte sich bei der rechten Schamlippe derselbe Prozefs.

Die histologische Untersuchung lieferte in allen drei Fällen den nämlichen Befund; danach bestand das krankhafte Gewebe aus drei Schichten: zuerst ein stark hypertrophiertes Rete Malpighii, alsdann ein Granulationsgewebe mit zahlreichen roten Blutkörperchen, das der Cutis entspricht, drittens ein Unterhautzellgewebe, dessen Maschen mit kleinen runden oder polyedrischen Zellen vollgestopft sind; nirgends

eine Andeutung von Mikrobien. Für die beiden ersten Fälle weifs Verfasser keine Erklärung; für den dritten hält er die Diagnose Oedema induratum syphiliticum aufrecht.

Türkheim-Hamburg.

Mitteilungen aus der Praxis, von KLAMANN. (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 5.)

1. **Ein Fall von Vulvovaginitis bacterica bei einem neugeborenen Mädchen.** Ein neugeborenes Kind zeigte am zweiten Tage blutig-eiterig-schleimigen Ausfluſs aus den Genitalien. Im Sekret fand sich nur ein Diplococcus, der aber nicht identisch war mit dem Gonococcus. Eiterpusteln entstanden später um den Nabel herum und in der rechten Achselhöhle, die Brustdrüse schwoll an. Schwache Höllensteinlösung und Alaunbäder bewirkten schnelle Heilung. Ursache unbekannt.

2. **Eine blennorrhoische Affektion bei einem dreijährigen Mädchen.** Ein dreijähriges Kind zeigte eine Vulvitis et Vaginitis blennorrhoica, die auf dasselbe von der Mutter übertragen war, welche ihrerseits vom Manne infiziert war.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gangrän der Vulva, von J. O'HAGAN-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 17. November 1894.) Die 22jährige, ledige Patientin, eine Dienstmagd, klagte über heftige Schmerzen in der Schamgegend, namentlich beim Gehen. Bei der Untersuchung war die Vulva im ganzen geschwollen und ödematös und so empfindlich, daſs eine genauere Besichtigung nur in Narkose vorgenommen werden konnte. Es zeigte sich dann, daſs ein Teil des linken Labium minus in der Ausdehnung einer Haselnuſs gangränös war und einen fötiden Geruch verbreitete. Die Ursache der Gangrän wurde nach langem Suchen in drei bis vier langen Schamhaaren gefunden. Unter der geeigneten Behandlung trat bald Besserung ein. Das Mädchen war von ihren Angehörigen und Freunden der Unsittlichkeit bezichtigt worden.

C. Berliner-Aachen.

Die Aphthen am weiblichen Genitale, von J. NEUMANN. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 19.) Die Aphthen an den weiblichen Genitalien sind besonders mit Rücksicht auf die Verwechselung mit venerischen Geschwüren von Wichtigkeit. NEUMANN hat in den letzten Jahren neun Fälle gesehen, sieben waren im Alter von 17—27, einer von 34, einer von 48 Jahren. Alle lebten in dürftigen Verhältnissen. Der Verlauf ist ein ganz anderer, als derjenige bei den Aphthen des Mundes, da es an den Genitalien zu tiefgreifenden und ausgedehnten Ulcerationen häufig kommt. Der Sitz der Aphthen auch an Stellen, die schon mehr die Textur der äuſseren Decke aufweisen, bis zur Genitokruralfalte, dem After ist auffallend. An der Schleimhaut der Vulva, am Urethralwulst an den Vaginalkolumnen, an der Portio vaginalis erscheinen die Aphthen als scharf umschriebene, bis linsengroſse, im Niveau der Schleimhaut gelegene, mit gelblich oder gelblich-weifsem Exsudat belegene Effloreszenzen mit geröteter Umgebung, vereinzelt oder in Bändern und Plaques. Die daraus entstehenden Geschwüre sind seicht, scharf umschrieben, mit dünnem Belag bedeckt. Die Abgrenzung gegen venerische und gummöse Geschwüre erfordert Aufmerksamkeit; schwieriger ist auch die Unterscheidung von tuberkulösen Prozessen. Frische Aphthen müssen abgegrenzt werden vom Herpes progenitalis, von dem sehr seltenen Herpes iris, von Pemphiguseruptionen und zerfallenen Papeln. Oft folgen mehrere Nachschübe, die meist mit Temperatursteigerungen einhergehen. In einem Falle mit ausgedehnter Ulceration bot der Kranke ein sehr schweres Krankheitsbild. Einmal sah NEUMANN ein wiederholtes Auftreten der Aphthen, und zwar jedesmal intra partum. Bemerkenswert sind die gleichzeitigen Anomalien der Hautdecke: in zwei Fällen Erythema multiforme, in zwei Fällen ein Erythema nodosum. Ob die in Aphthen wiederholt gefundenen pyogenen Kokken die wirklichen Erreger sind, sei dahingestellt. Verfasser resumiert:

1. Die Aphthen des Genitale sind eine vorwiegend (nach unseren bisherigen Beobachtungen ausschliefslich) das weibliche Geschlecht betreffende Krankheit, die zu ausgedehnter Flächendestruktion der ergriffenen Gewebspartien führen kann.

2. Die Krankheit wird vorwiegend bei jugendlichen, im Alter von 17—27 Jahren stehenden Individuen, welche unter schlechten hygienischen Verhältnissen leben, an getroffen.

3. Konsekutiv treten nicht selten unter Fieber toxische Exantheme auf, und zwar in der Form des Erythema nodosum, papulosum, den pustulösen Formen, die von einem Hof umgeben sind.

4. Die Mehrzahl dieser Aphthen ist als eine den aphthösen Geschwüren, wie sie beim männlichen Geschlecht an der Mundschleimhaut vorkommen (beim weiblichen doch auch! Ref.), jedoch niemals zu gleichen Destruktionen führen, analoge Affektion zu betrachten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Pathologie und Behandlung des Pruritus und anderer hyperästhetischer Zustände der Vulva und der Vagina, von Th. More Madden-Dublin. (*Brit. med. Journ.* 19. Januar 1895.) Die genaue Kenntnis der Pathologie und Therapie des Pruritus vulvae et vaginae ist nicht nur wegen der unmittelbaren Beschwerden, die er den Patienten bereitet, von eminenter Wichtigkeit, sondern weil er häufig als lästigstes Symptom von Gebärmutterkrebs, Diabetes, allgemeinen Neurosen und sonstigen konstitutionellen Zuständen die wahre Ursache des Juckreizes vollständig verdunkelt oder in den Hintergrund drängt. Ein vernachlässigter Pruritus an den erwähnten Körperteilen kann andererseits die Ursache der Nymphomanie, Hysterie oder anderer nervösen Störungen sein.

Verfasser bespricht ausführlich die Ätiologie, Symptomatologie, die allgemeine und lokale Behandlung des Pruritus vulvae. Will man einen durchgreifenden und andauernden Erfolg in der Therapie erzielen, so mufs man diese auf die Beseitigung, resp. Besserung des Grundleidens richten. Vielfach werden namentlich bei nervösem Pruritus Sedativa und Tonica gutes leisten.

Lokal ist vor allem eine strenge Reinhaltung der ergriffenen Partien durch häufige Waschungen mit heifsem Wasser und Seife von Wichtigkeit. Im Anschlufs an diese Waschungen empfiehlt Verfasser Sitzbäder mit desinfizierenden Zusätzen, wie Borsäure, Karbolsäure, Sublimat etc., um etwaige vorhandene, pathogene Mikroorganismen zu zerstören. Am vorteilhaftesten bei allen juckenden Affektionen fand Verfasser den innerlichen, wie äufserlichen Gebrauch von Methylenblau. Allerdings datieren seine Erfahrungen nur aus der Hospitalpraxis, während er mit der Anwendung des Methylenblaus bei Privatpatienten wegen Beschmutzung der Wäsche auf Widerstand stofsen. Äufserlich wurde Methylenblau in der Stärke 1 : 100 mehrere Male täglich appliziert, innerlich in Pillen à 0,05 zwei- bis dreimal täglich eingegeben. Von anderen Mitteln ist eine 5%ige Kokainlösung mit Pfefferminzwasser sehr wirksam.

Neurome an der Vulva sind am besten operativ zu behandeln. Im folgenden bespricht Verfasser den Vaginismus. *C. Berliner-Aachen.*

Pruritus und Kraurosis vulvae, von F. Benicke. (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 9.) Der Verfasser berichtet über den Inhalt der neueren Arbeiten über Pruritus vulvae und Kraurosis vulvae mit besonderer Berücksichtigung derjenigen von Sänger und Breisky. Er empfiehlt zur lokalen Behandlung des Pruritus vulvae neben Beseitigung etwaiger Sekrete, Blasenkatarrhes und anderer ätiologischer Momente, mehrmals wöchentlich mit 5—10%iger Karbollösung, eventuell nach vorhergehender Kokainisierung, die juckenden Teile zu bepinseln, daneben Bor- und Salicylpaste aufzustreichen und 5%iges Wismutpulver dick aufzupudern. In hochgradigen

Fällen sind abendliche Sitzbäder mit roher Pottasche und 5—10%iger Kokainsalbe zu verwenden. Umschläge hält er für schädlich. In einem Falle von Kraurosis vulvae wurde Heilung erzielt durch interne Darreichung von Brom, Bepinselung mit Jodtinktur, Auflegen von Salicylpaste. Ein sich später einstellendes Jucken in der Vagina wurde durch Tampons mit 10%igem Ichthyol-Resorbin beseitigt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Kraurosis vulvae, von C. A. L. Reed. (*New York med. Journ.* 29. Septbr. 1894.) In dieser ziemlich umfassenden Arbeit tritt Verfasser zunächst für den längeren Namen der Krankheit ein gegenüber Breisky's „Kraurosis", welches einfach „Schrumpfen" bedeuten würde. Am besten gefällt Reed die Sondersche Bezeichnung „Progressive, senile und präsenile Atrophie der Vulva mit Pachydermie", ein Name für den man doch wirklich nur an den längsten Sommertagen Zeit hat. Verfasser hat sechs solche Fälle beobachtet: 1. 42jährige Frau mit den Anfangsstadien des Leidens; frühzeitige Operation, nachherige Entwickelung des Leidens aufserhalb des Operationsgebietes; eine weitere Behandlung war aus äufseren Gründen unmöglich, 2. war dem ersten ähnlich, 3. zehnjähriges Bestehen bei einer verheirateten Frau; Excision des atrophischen Gebiets; Heilung; 4. Komplikation mit vaginalen Verwachsungen; befindet sich noch in Behandlung; 5. eine 50jährige unverheiratete Masturbatrix, fortschreitende Kontraktionen, erfolgreiche Operation; 6. Kraurosis vulvae im Anschlufs an die Exstirpation der Adnexa uteri, Komplikation mit Caruncula urethrae marginalis, 38jährige Witwe mit aufserordentlich empfindlichem Nervensystem.

Verfasser gelangt auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und der Mitteilungen anderer Forscher zu folgenden Deduktionen:

1. Progressive kutane Atrophie der Vulva ist ein spezifisches Leiden; 2. dasselbe ist sehr selten; 3. es ist entzündlicher Natur und unterscheidet sich von anderen Affektionen durch die auf das Stadium der Hyperämie und Infiltration folgende ausgesprochene progressive Atrophie; 4. es ist auf die Vulva beschränkt: 5. es hat offenbar nichts mit Syphilis zu thun; 6. die Ätiologie ist so dunkel, dafs man an eine primäre kausative Läsion des trophischen Nervenapparates der Vulva zu denken geneigt sein kann; 7. die betroffenen Gebiete können durch operative Beseitigung erfolgreich behandelt werden. *Philippi-Remscheid.*

Über Hydrocele beim Weibe, von Lapeyre. (*Gaz. des Hôpitaux* 1895. No. 61. Verfasser ist mit Weichselbaum der Ansicht, dafs beim Weibe die Bezeichnung Hydrocele ausschliefslich für die serösen Ansammlungen im Nuckschen Kanale reserviert werden müsse. Es sind zwei grofse Klassen solcher Hydrocelen zu unterscheiden: 1. die Cysten des Nuckschen Kanales und 2. die kongenitalen Hydrocelen, welche mit der Abdominalhöhle kommunizieren. Die Wandung ist bald glatt und durchsichtig, bald verdickt, mit Rauhigkeiten versehen, entzündlich verändert und zeigt Adhärenzen. Als Ursache für die nicht kongenitale Varietät müssen traumatische Einflüsse und besonders die Gravidität erwähnt werden.

Als diagnostische Anhaltspunkte merke man sich: normales Verhalten der äufseren Haut, die auch bei mächtigen Hydrocelen keine Varikositäten zeigt; Beweglichkeit derselben über dem Tumor; Perception eines Stranges (Ligamentum rotundum), ähnlich wie der Funiculus spermaticus beim Manne; gleichmäfsige Konsistenz des Tumors. Differential-diagnostisch kommen selbstverständlich vor allem Hernien in Betracht. *C. Müller-Bern.*

Fünf Fälle von Hydrocele beim Weibe, von L. G. Smith. (*Brit. med. Journ.* 28. Juli 1894.) Die Hydrocele im Labium majus ist relativ selten, aber insofern von praktischer Wichtigkeit, als sie viel Ähnlichkeit mit einer Hernie zeigt und auch

häufig Anlafs zur Hernienbildung giebt. Die Ursache ist meist angeboren und liegt in einer mangelhaften Obliteration des Processus vaginalis peritonei, welcher das Ligamentum rotundum umgiebt und durch den Leistenkanal zum Mons veneris begleitet.

Verfasser beschreibt fünf Fälle aus seiner Praxis. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Hydrocele muliebris, von W. Liermann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1894. No. 46.) Das Persistieren des Processus vaginalis peritonei kann auch beim Weibe zu pathologischen Folgezuständen führen. Derselbe, beim Weibe Diverticulum Nuckii genannt, soll in der Norm nach H. Sachs schon während des intrauterinen Lebens verschwinden. Er wird häufiger rechts als links offen gefunden, und zwar im späteren Alter ebenso oft, wie gleich nach der Geburt. Durch Flüssigkeitsansammlung im Diverticulum Nuckii entsteht die Hydrocele muliebris. Hennig hat 41 Fälle zusammengestellt; dieselben sind also selten. Diagnostische Irrtümer sind da leicht möglich. Die Symptome variieren, je nachdem der Leistenkanal ganz oder zum Teil ausgefüllt wird, je nachdem eine Kommunication mit der Bauchhöhle besteht oder nicht.

Verfasser berichtet einen Fall, betreffend eine 28 Jahre alte Näherin, die wegen einer angeblichen Hernie in die chirurgische Abteilung des Hospitals zum Heiligen Geist zu Frankfurt (Main) aufgenommen war. Dieselbe litt an einem Tumor in der rechten Leistengegend, der früher reponierbar gewesen sein soll und Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen zeitweise auslöste. Die genauere Untersuchung ergab einen kleinhühnerei grofsen Tumor in der Regio inguinalis dextra, nach aufsen und oben und innen einen zweiten Tumor unter den Bauchdecken. Nach Incision des ersten Tumors entleerte sich klare Flüssigkeit, ebenso nach Incision des zweiten, der durch einen schmalen Spalt mit dem ersten kommunizierte. Die Cysten liefsen sich leicht ausschälen, ohne dafs die Peritonealhöhle eröffnet worden wäre. Auffallend ist die Sanduhrform dieser aus dem Canalis Nuckii entstandenen Cysten, jedoch kommt analoges auch beim Manne vor (Hydrocele bilocularis). *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

Kasuistische Mitteilungen, von Siegmund Erdheim. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 7.) Von diesen, der chirurgischen Abteilung von Mosetig-Moorhof entstammenden kasuistischen Mitteilungen seien folgende hier kurz berichtet:

1. Zwei Fälle von allgemeinem Hautemphysem nach subkutaner Rippenfraktur. Punctio thoracis. Ein 30jähriger Mensch zieht sich beim Abstürzen vom Wagen eine Rippenfraktur zu und bekommt ein über den ganzen Körper mit Ausnahme der Kopfschwarte, der Planta pedis und Palmae manus ausgebreitetes Emphysem. Wegen starker Dyspnoe Entleerung von Luft durch Aspiration mittelst einer in das subkutane Bindegewebe eingeführten Kanüle: Abnahme der Dyspnoe; nach wenigen Stunden erneute Zunahme und Exitus letalis. Die Sektion ergiebt: Hämatopneumothorax dexter post fracturam multiplicem costarum et sterni; Emphysema cutis universale post rupturam lobi medii et bronchi hujus lobi pulmonis dextri. Im zweiten ähnlichen Fall trat Heilung ein, nachdem für einen Tag eine Kanüle in den Pleuraraum eingelegt war. Verfasser empfiehlt das in diesem Falle eingeschlagene Verfahren sehr warm.

2. Multilokuläre Lymphcyste des Samenstranges. Bei einer radikalen Operation eines rechten Hodenbruches wird am unteren Pole des Bruchsacks

über dem Hoden eine wallnufsgrofse Geschwulst gefunden und in toto entfernt. Dieselbe, vor dem Vas deferens gelegen, ist eine Lymphcyste, bestehend aus einer derben bindegewebigen Wand, einem zellreichen, aus Spindel- und Rundzellen bestehenden, gefäfsreichen Gewebe und einem endothelialen Überzug. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Verhältnis der Pachydermia laryngis zu den Leukokeratosen (Leukoplakien), von Hugo Zwillinger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 8.) Nachdem der Verfasser ein klinisches Bild der Pachydermia laryngis und der Leukoplakia (lingualis, buccalis, vaginalis) entworfen und die mikroskopischen Befunde geschildert, sucht er die Identität beider Prozesse zu beweisen. Bei beiden findet man eine Wucherung und Verhornung der Epithelschicht und Bildung einer dicken Hornschicht. Beide Leiden können umschrieben auftreten oder gröfsere Flächen ergreifen; beide machen wenig subjektive Beschwerden, verlaufen sehr chronisch und leisten der Therapie zähen Widerstand. Die Ätiologie ist für beide Prozesse, abgesehen von der Bedeutung der Syphilis für die Leukoplakie, gegeben in mehr oder weniger intensiven chronischen Reizen, wie Alkohol und Tabak. Dafs man beide Leiden selten gleichzeitig sieht, spricht nicht gegen die Identität; möglicherweise bleibt manche Pachydermia laryngis neben einer Leukoplakie unbeachtet. Die Umwandlung der Pachydermia laryngis in Carcinom, die bei der Leukoplakie häufig ist, kommt, wenn auch selten, vor. Den Ausführungen entsprechend will Verfasser die Pachydermia laryngis richtiger als Leukokeratosis laryngis bezeichnet wissen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bericht über das zweite und dritte Jahr (1. Nvbr. 1893 bis 31. Oktbr. 1895) **der Poliklinik für Hautkranke an der Universität zu Königsberg**, herausgegeben von Caspary und Bechert. Der Bericht über die 1812 in den zwei Jahren behandelten Hautfälle enthält nur kurz die statistischen Zahlenangaben. Angefügt sind demselben zwei Vorträge, die Professor Caspary im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg im Jahre 1895 gehalten hat. Der erste „Zur Genese der hereditären Syphilis" ist aus dem *Arch. f. Derm.* schon ausführlich berichtet. Über den zweiten findet sich ein Referat in diesen Blättern in dem Bericht über die Verhandlungen des Vereins für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg.

Jessner-Königsberg i. Pr.

III. Internationaler Kongrefs für Dermatologie zu London vom 4.–8. August 1896.

Die Verhandlungen des Kongresses finden in der Examination Hall der Royal Colleges of Physicians and Surgeons am Victoria Embankment statt. Eine grofse Zahl hervorragender ausländischer und englischer Ärzte hat bereits ihr Erscheinen auf dem Kongresse zugesagt.

Einen der Hauptpunkte des Programms bilden die klinischen Demonstrationen und die Ausstellung bakteriologischer und mikroskopischer Präparate.

Das vorläufige Programm ist folgendes:

Dienstag, den 4. August.

11 Uhr vormittags: Vorarbeiten.
12 „ mittags: Ansprache des Präsidenten.
3 „ nachmittags, Thema: Prurigo (Besnier-Kaposi-White-Payne).

Mittwoch, den 5. August.

Sektion für Dermatologie.

9 Uhr vormittags: Klinische Demonstrationen.

10½ Uhr vormittags: Thema: Atiologie und Varietäten der Keratosen (Unna-Brooke-Mibelli-Dubreuilh).
2 „ nachmittags: Klinische Demonstrationen.
3 „ „ Vorträge.

Sektion für Syphilis.

9 Uhr vormittags: Klinische Demonstrationen.
10½ „ „ Thema: Syphilitische Reinfektion (Fournier-Lang-Cooper-Fitzgibbon).
2 „ nachmittags: Klinische Demonstrationen.
3 „ „ Vorträge.

Donnerstag, den 6. August.

Sektion für Dermatologie.

9 Uhr vormittags: Klinische Demonstrationen.
10½ „ „ Thema: Beziehungen der Tuberkulose zu den Hautkrankheiten und zum Lupus vulgaris (Hyde-Hallopeau-Crocker-Riehl).
2 „ nachmittags, Thema: Trichophytie und deren Erreger (Sabouraud-Rosenbach-Morris).

Sektion für Syphilis.

9 Uhr vormittags: Klinische Demonstrationen.
10½ „ „ Thema: Dauer der Ansteckungsperiode der Syphilis (Hutchinson-Campana-Lassar-Feulard).

Freitag, den 7. August.

Sektion für Dermatologie.

9 Uhr vormittags: Klinische Demonstrationen.
10½ „ „ Thema: Natur und Verwandtschaft der Gruppe des Erythema multiforme (de Amicis-Veiel-Morrow-Mackenzie).
2 „ nachmittags: Klinische Demonstrationen.
3 „ „ Vorträge.

Sektion für Syphilis.

9 Uhr vormittags: Klinische Demonstrationen.
10½ „ „ Thema: Maligne Syphilis (Haslund-Neisser-Tarnovsky).
2 „ nachmittags: Klinische Demonstrationen.
3 „ „ Vorträge.

Sonnabend, den 8. August.

9 Uhr vormittags: Klinische Demonstrationen mit Vorträgen.

Ferner ist eingerichtet worden eine

Bakteriologische Sektion.

Die mikroskopischen und bakteriologischen Demonstrationen sollen soweit als möglich die krankhaften Veränderungen illustrieren, welche an demselben Tage auf dem Kongresse zur Debatte gekommen sind.

Der Vorstand ladet ein, diesbezügliche Präparate beizusteuern. Eine Laterna magica wird für die Demonstration spezieller mikroskopischer Präparate zur Verfügung stehen.

Beiträge sind bis **spätestens 1. Juli** nach Zahl und Art der Präparate mitzuteilen. Auch würde es die Vorarbeiten des Komitees wesentlich erleichtern und zur Erläuterung der Demonstrationen beitragen, wenn jedes Präparat von einer Skizze

begleitet würde, welche die in den Demonstrationen zu berührenden Punkte hervorhebt. Es ist selbstverständlich, dafs diese Skizzen und Beschreibungen nur für den Gebrauch der Sekretäre bestimmt, daher streng vertraulich sind.

Eine ausreichende Zahl von Mikroskopen wird den Kongrefsteilnehmern zur Verfügung stehen, und es wird alles aufgeboten werden, um die Demonstrationen möglichst vollkommen zu machen.

Es wird ersucht, alle hierauf bezüglichen Zuschriften an H. G. Plimmer, Esq., Wunderbau, Sydenham, London, S.E., zu richten.

Zum Schlusse ist noch zu bemerken, dafs der Pflege der Geselligkeit besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden wird.

Jonathan Hutchinson, Präsident.
Malcolm Morris, Schatzmeister. J. J. Pringle, General-Secretär.

---

68. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Frankfurt a. M., 21.—26. September 1896.

Die Vorbereitungen für die Sitzungen der Abteilung No. 21, **Dermatologie und Syphilis**, haben die Herren Dr. Karl Herxheimer, Einführender, Börsenstrafse 13 und Dr. Julius Kohn, Schriftführer, Zeil 5 übernommen und laden zur Teilnahme an den Verhandlungen dieser Abteilung ein.

Vorträge und Demonstrationen sind bis **Ende Mai** bei dem vorbezeichneten Einführenden anzumelden. Wünsche in betreff gemeinsamer Sitzungen mit anderen Abteilungen sind baldmöglichst kundzugeben und Beratungsgegenstände für diese Sitzungen zu nennen. Als Tag für gemeinsame Sitzungen ist Mittwoch, der 23. September, in Aussicht genommen.

Berichtigung.

Der Druckfehlerteufel veranlafst mich zu folgender Mitteilung: Auf pag. 485 letzte Zeile des laufenden Jahrgangs dieser Zeitschrift steht in dem Referat von Jessner über meine Beiträge zur Jodmedikation, dafs ich bis 700,0 Jodtinktur gegeben habe. Es soll natürlich 100,0 Tct. jodi heifsen, wie es auch richtig auf Seite 161 der Lewinschen Festschrift steht.

Ich füge hinzu, dafs ich seitdem das Jodkalium stets durch die Tct. jodi ersetzt undin über 30 Fällen fast ohne jede Nebenerscheinungen die Behandlung durchgeführt habe. Ebenso haben eine Anzahl Kollegen die Tct. jodi auf meine Veranlassung bei richtiger Dosierung mit gutem Erfolge angewendet.

Ich verschreibe jetzt:

Tct. jodi 25,0

DS. Zum einmaligen Gebrauch nach Vorschrift, da der jetzt gültigen Maximaldosis wegen die Apotheker sonst Schwierigkeiten machen. Der Patient gebraucht also vier Flaschen. Er fängt mit 10 Tropfen an und steigt jede Woche um fünf Tropfen, bis die Maximaldosis von 30 Tropfen erreicht ist. Dieselben werden in einem Weinglase von Flüssigkeit, am besten Bier oder Kaffee, nach dem Essen je dreimal täglich genommen.

Dr. Paul Richter-Berlin.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

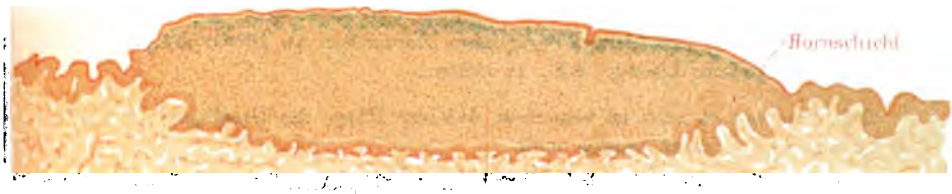


Fig. 2.

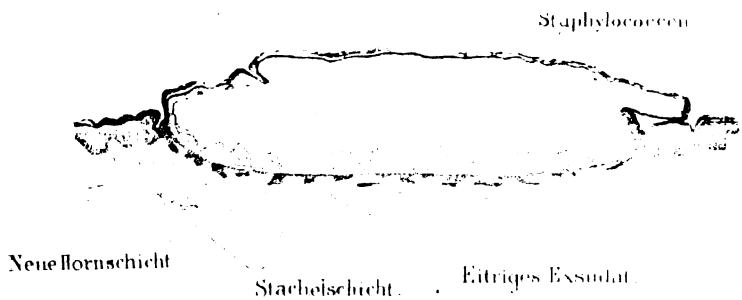
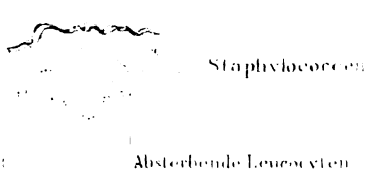


Fig. 3.

Fig. 4.



Gummelt del.

Unna, Impetigo staphylogenes.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXII. No. 11. 1. Juni 1896.

Über einige zellige Veränderungen an der Wand des aktinomykotischen Abscesses.

Von

Ch. Audry-Toulouse.

Ein Fall von aktinomykotischem Abscefs der Cervico-facialis-Gegend, der auf meiner Abteilung zur Behandlung kam und unter Anwendung von scharfem Löffel und Jodkalium rasch ausheilte, gab mir Gelegenheit, die Wand dieses Abscesses gründlich zu untersuchen. Es handelte sich um einen typischen Fall, der Eiter wimmelte von aktinomykotischen Körnern. Es wurden fünf Schnitte genommen und davon ungefähr 20 Präparate angefertigt, die nach verschiedenen Methoden gefärbt wurden; das Methylenblau polychromicum in Verbindung mit der Tannin-Fuchsinlösung gab die besten Bilder, fast ebenso bewährte sich das Karmin-Alaun. Weder den Strahlenpilz, noch die gewöhnliche Knötchenbildung gewahrte man im Gewebe, dagegen waren die so auffälligen und sonderbaren Veränderungen an den Zellen, wie sie Unna beschrieben hat, ganz unverkennbar. Ich hätte mich aber kaum zur Veröffentlichung dieser kurzen Mitteilung veranlafst gesehen, hätte mich nicht das Stillschweigen der übrigen Beobachter über diesen Gegenstand etwas beunruhigt.

Abgesehen von einigen vielkernigen Riesenzellen, die nur spärlich und regellos, namentlich gegen die Grenze des Abscesses hin, lagerten, gewahrte man eine grofse Fläche entzündlichen Gewebes, wo das Orcein den Schwund des elastischen Gewebes deutlich erkennen liefs. Diese Fläche war mit kleinen Blutgefäfschen — vielleicht waren es kleine Venen — besäet, die sehr erweitert schienen und von Blut strotzten; meistens lagen sie innerhalb eines hämorrhagischen Herdes, der sich bereits wieder zurückbildete.

Die Zellen, die dieses Gewebe zusammensetzten, standen im allgemeinen recht dicht und waren in eine amorphe Masse eingebettet, die sich mit Fuchsin rosa färbte. Die meisten Zellen scheinen den Plasmazellen zu entsprechen; es fanden sich aber auch Lymphocyten und grofse, einkernige Leukocyten darunter. Gegen die Peripherie des Infiltrates hin

und namentlich in der Umgebung der hämorrhagischen Punkte, von denen schon die Rede war, standen sie aber viel weniger gedrängt (sellées). An diesen beiden Stellen namentlich fanden sich die meisten Leukocyten, wenn auch einzelne Zellen mit den ersten Anzeichen derjenigen Veränderung, von der die Rede sein soll. Diese Elemente zeichneten sich nämlich durch eine progressive Atrophie des Kernes und durch eine ungeheure Schwellung ihres Protoplasmas aus. Sie sind abgerundet, mit einem eiförmigen oder runden, dunklen, nicht granulären Kerne versehen, der sich mittelst aller Methoden gut färben läfst. Im Beginn der Erkrankung liegt der Kern fast zentral, er wird aber im weiteren Verlauf immer mehr seitwärts gedrängt, je mehr das Protoplasma an Umfang zunimmt. Später schrumpft er ein und verschwindet schliefslich ganz, denn man gewahrt einzelne solcher abgestorbenen Zellen, die noch ganz gut erkennbar sind. Das Protoplasma färbt sich mit Fuchsin rosa, genau so, wie die amorphe, körnige Masse, in der die Zellen eingelagert sind; es ist sehr feinkörnig und scheint an seiner äufseren Fläche eher verdickt, als von einer Membran umgeben; es bewahrt immer seine runde Gestalt, ohne Höcker (bourgeons) und ohne Vakuolen. Ich möchte vermuten, dafs wir es hier mit einkernigen Leukocyten zu thun haben, die, indem sie degenerieren, von der amorphen Masse ihrer Umgebung in sich aufnehmen.

Mit Hülfe der Gramschen Methode erkennen wir noch eine zweite Veränderung. Mitten in den Infiltraten von Zellen, die wahrscheinlich Plasmazellen sind, gewahrt man andere Zellen, die die Gröfse und das Aussehen von Lymphocyten haben, deren Protoplasma aber mit dicken, deutlich blau gefärbten Tropfen besäet ist; sie beherbergen einen Kern, der keine besondere Eigentümlichkeiten aufweist. Sie sind nur in verhältnismäfsig geringer Anzahl vorhanden. Vermutlich sind dies Plasmazellen, die einer besonderen Degeneration (hyalin? Unna) anheimfallen.

Auf jeden Fall finden sich bei dem aktinomykotischem Abcefs bald im allgemeinen, bald bei der zelligen Veränderung, so viele Eigentümlichkeiten, dafs eine Vergleichung mit der Tuberkulose wohl recht schwierig wird.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

Circinäre syphilitische Erytheme (Neurosyphilide-UNNA).

Von

Dr. med. LUDW. NIELSEN-Kopenhagen.

(Schluſs.)

Die Formen des circinären Erythems bestehen aus in der Regel münzgroſsen, oder gröſseren, runden Flecken, Ringen und Bogenteilen. Diese einzelnen Elemente haben, sei es, daſs sie einer früheren oder späteren Periode der Syphilis angehören, gleich bei ihrem Hervorkommen ihre volle und bleibende Gröſse. Dies, welches sowohl aus den Beobachtungen anderer Verfasser, als aus unseren eigenen hervorgeht und mit den Angaben der Patienten übereinstimmt, zeigt sich auch indirekt dabei, daſs man nicht, wie z. B. bei den Dermatomykosen, verschiedene Wuchsphasen der Efflorescenz nachweisen kann. Die diffus hyperämischen, fleckenförmigen Elemente kommen seltener vor und gewöhnlich gleichzeitig mit den Ringbildungen, mit denen sie übrigens ganz übereinstimmen. Bisweilen mag es im Zentrum dieser Flecke eine schwache und undeutliche Ausbleichung geben; in einigen Fällen nimmt diese sowohl an Intensität, als an Extensität zu (ohne Vergröſserung des Fleckes selbst), so daſs ausgesprochene Ringe hervorkommen, wo dann eine schwächere zentrale Hyperämie oder bräunliche Pigmentierung die Entstehungsweise derselben zeigen kann. Die an Häufigkeit weit überwiegenden annulären Flecke und Bogenteile treten indessen am öftesten gleich als solche auf, also von Anfang an mit völlig normalem Zentrum; der umgebende schmale, hyperämische Ring hat eine kreisrunde oder ovale Form und erreicht bisweilen recht bedeutende Gröſsen.

Diese Ringe und Bogenteile können, indem sie zusammenstoſsen und in einander hineingreifen, vielförmige polycyklisch begrenzte Figuren bilden; dann und wann findet man auch konzentrische Ringe; von besonderem Interesse ist indessen eine nicht selten vorkommende, mehr systematische Kombination von diesen Elementen. Somit trifft man Flecke oder zugleich Bogenelemente, zum Teil von verschiedener Gröſse, zu groſsen diffusen Plaques (No. 6, 15c) gruppenweise zusammengestellt, deren festonnierte Umrisse ihre Zusammensetzung verraten. Noch sonderbarere und zugleich weit häufiger vorkommende Formen entstehen durch eine circinäre Gruppierung von Flecken oder öfter von Ring- und Bogenelementen, indem diese beisammen festonnierte (sekundäre) Ringe oder

Bogenstücke bilden von zuweilen enormen Dimensionen, eine normale Hautpartie umschreibend. In einem von den hier mitgeteilten Fällen (No. 16) fand man so u. a. einen kinderkopfgroſsen Ring und eine festonnierte Bogenlinie, welche die ganze Regio coccygea mit angrenzenden Teilen von beiden Nates umschrieb; eine andere streckte sich quer über den Rücken; auch BRAUMAN erwähnt solche Fälle, wo der Diameter bis mindestens 20 bis zu 22 cm erreichte. Dann und wann mag eine solche Ringbildung auch durch eine perlenschnurähnliche Zusammenstellung von sehr kleinen, etwa erbsengroſsen oder ein wenig gröſseren, fleckenförmigen Elementen (No. 21; BRAUMAN: Obs. XIV) entstehen, so wie auch einzelne solcher zuweilen auſser der Peripherie einer annulären Figur wie von derselben abgesprengt (No. 15b) anzutreffen sind. — Der circinäre Charakter prägt sich somit auf eine auffallende Weise in dieser Exanthemform aus, sowohl in ihren einzelnen Elementen, als in den Kombinationen derselben.

Diese circinäre Gruppierung mit Bildung von Ring- und Bogenformationen von sehr bedeutender Gröſse gehört jedoch hauptsächlich dem spät im Verlaufe der Syphilis auftretenden tardiven Erythem (Érythème circiné tertiaire), ohne doch deshalb die kleineren und nicht zusammengesetzten Elemente aus dieser Periode der Krankheit auszuschlieſsen. Die Efflorescenz wird auſserdem gewöhnlich von desto wenigeren — einzelnen oder zusammengesetzten — Elementen repräsentiert, je später im Verlaufe der Krankheit sie auftritt, sowie sie auch statt über den gröſsten Teil der Haut verbreitet zu sein, wie es in den früheren Ausbrüchen des circinären Erythems vorkommen kann, mehr regionenweise auftritt, also an einer oder wenigen, ganz begrenzten Stellen an der Haut hingewiesen wird; in allen anderen Hinsichten stimmen die frühen und späten Formen des Erythems überein (vergl. die oben referierte Beschreibung FOURNIERS von Roséole circinée). Ob nun auch diese Eigentümlichkeiten bei dem spät auftretenden tardiven Erythem, die auch in der Thèse BRAUMANS besonders hervorgezogen sind, nicht alle oder immer, sowie es aus den mitgeteilten Krankengeschichten hervorgeht, in gleichem Grade durchgeführt sind, charakterisieren sie doch im ganzen und groſsen die Physiognomie dieses sehr späten Erythems auf eine besondere Weise, indem es dadurch, trotz des ganz oberflächlichen Charakters der Efflorescenz, eine auffallende Übereinstimmung wird zwischen dieser Efflorescenz und den tieferen und destruktiven, eigentlich sog. tertiären Syphiliden, welche eben gewöhnlich regionenweise auftreten, in einer geringeren Anzahl und mit Neigung zu Gruppierung und circinärer Anordnung. Dagegen gehört ein wirklich serpiginöses Vorschreiten, so wie es bei diesen Syphiliden vorkommen kann, nicht dem tardiven Erythem, dessen einzelne Elemente ja gerade eine ganz stabile Gröſse haben.

Die Hyperämie in den tardiven Erythemen, welche in den annulären Flecken gewöhnlich nur durch einen 2—10 mm breiten, selten breiteren Ring mit in vielen Fällen weniger scharfen, wie verwischten Umrissen repräsentiert wird, ist in der Regel von einer hellen, ziemlich schwachen, rosigen Farbe, die jedoch etwas variieren und z. B. an den Unterextremitäten mehr dunkelrot sein kann. Häufig ist eine gelbliche Nuance eingemischt, welche besonders deutlich wird, wenn man die Hyperämie wegdrückt. Diese letzte ist nicht selten, wie auch von UNNA speziell hervorgehoben, sehr wechselnd und besonders durch äufsere Temperaturveränderungen beeinflufsbar, welches dann und wann vom Patienten selbst (No. 12) beobachtet und auch mehrmals bei dem Auskleiden konstatiert worden ist, indem dann die Efflorescenz, welche anfangs ziemlich sparsam und verwischt scheinen konnte, nach und nach deutlicher hervortrat und sich zahlreicher erwies, als es auf den ersten Blick den Anschein hatte (No. 7).

In nicht ganz seltenen Fällen (No. 8, 10a, 13d, 17b, 20) sind unter unseren Patienten aufser den rein erythematösen, oder doch nur ganz unmerklich infiltrierten und erhabenen Elementen Ringe oder Bogenteile vorgekommen, bisweilen sehr grofs (No. 20 — sich über die halbe Länge des Schenkels hinstreckend), welche in einem Teile ihrer Cirkumferenz oder in der ganzen Ausdehnung derselben sich gleichsam auflösten in zusammengestellten, kleinen, gewöhnlich etwa erbsengrofsen, oft etwas unregelmäfsig konturierten, papulösen Elementen von mehr dunkelroter oder braunroter Farbe. In einem einzelnen Falle (No. 23b), wo die Patientin vor zwei Jahren ein gewöhnliches, dann nicht papulöses, circinäres Erythem gehabt hatte, fand man jedoch nur solche papulöse Ringe. UNNA[14] sah bei einem Patienten einige seit längerer Zeit bestehende, ursprünglich rein erythematöse Ringe zu papulösen Ringen von dunkler roter Farbe und fester Konsistenz direkt umgebildet werden, ohne dafs sie übrigens ihren Platz veränderten; er erwähnt zugleich ein paar andere Fälle mit teils papulösen, teils rein erythematösen Flecken und Ringen. Auch in einem von WICKHAM[15] erwähnten Falle wurden papulöse Elemente untermischt gefunden, wie es auch unter BRAUMANS Patienten vier solcher Fälle gab (Obs. VI, VII, VIII, XVI).[16] Diese papulösen Erscheinungen gleichen somit der rein erythematösen Efflorescenz in ihrem, trotz des späten Auftretens oberflächlichen („sekundären") Charakter; sie treten in ähnlichen circinären Figuren wie diese

[14] L. c. (*Neurosyphilide und Neurolepride*). pag. 79.
[15] Korrespondenz. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. XII. S. 464.
[16] BRAUMAN teilt übrigens andere Fälle mit (Obs. XXX, XXXII, XXXIII) von oberflächlichen, papulösen, wesentlich circinär gruppierten Syphiliden in der tertiären Periode (4—13 Jahre nach der Infektion) ohne gleichzeitige erythematöse Elemente, und bespricht sie als sich den tertiären Erythemen nähernd.

auf; die papulösen Ring- und Bogenformationen sind von etwa erbsengrofsen, dicht zusammengestellten Elementen gebildet — ein Verhältnis, welches, wie vorher erwähnt, auch bei den rein erythematösen Formen wiedergefunden werden kann (No. 21); endlich sind die papulösen Elemente bei den hier erwähnten Patienten gleichzeitig mit den rein erythematösen Ringbildungen aufgetreten, teilweise sogar einen Teil der Cirkumferenz derselben einnehmend. BRAUMAN, welcher besonders den ganz oberflächlichen, rein erythematösen Charakter des tardiven, circinären Erythems accentuiert, scheint auch am nächsten die papulösen Elemente als eine dem erythematösen Exanthem beigeordnete syphilitische Efflorescenz, die dasselbe kompliciert, aufzufassen. Da aber die papulösen Elemente in den hier erwähnten Fällen durch ihr ganzes Auftreten sich als einen integrierenden Teil der erythematösen Efflorescenz selbst zeigen, von welcher sie auch, wie man gesehen und wie schon erwähnt, sich direkt entwickelt haben, mufs man sie doch gewifs, wie sie UNNA[17] auffafst, als ein weiteres Entwickelungsstadium (und eine seltenere Form) dieser Efflorescenz selbst betrachten (UNNAS erythematös-papulöse Neurosyphilide).

Die Efflorescenz ist gewöhnlich nicht schuppig, aber dann und wann mag man doch, wie in mehreren von unseren Krankengeschichten, sowie auch in früher veröffentlichten Fällen, eine schwach ausgesprochene, oft nur durch Aufkratzen hervorkommende, feine, kleienförmige Abschuppung an einzelnen Flecken oder papulösen Elementen finden, wohl hauptsächlich im Involutionsstadium; nach BRAUMAN giebt es oft nur ein feines Falten der Haut, wenn die Eruption anfängt, verwischt zu werden. — Wie oben angegeben, ist die hyperämische Farbe häufig mit einer gelblichen Pigmentierung gemischt, und allmählich, wenn die Efflorescenz älter wird, und die Hyperämie sich verliert, nimmt die Pigmentierung nicht selten zu, bekommt eine mehr bräunliche Farbe, namentlich auch was die papulösen Elemente betrifft, und kann sich nun sehr lange Zeit als ein posterythematöses Pigmentsyphilid halten (No. 6, 9b), die Form und Gröfse der ursprünglich flecken- oder ringförmigen Efflorescenzen wiedergebend; UNNA[18] erwähnt so einen Fall, wo die Pigmentierung erst allmählich im Verlaufe eines Jahres schwand. Dieser Verfasser giebt übrigens das Vorkommen eines primären pigmentierten Neurosyphilids an[19] mit Formelementen wie bei den hier erwähnten erythematösen Syphiliden. Wie oben gesagt, kann die Abblassung in den ursprünglich diffus hyperämischen Flecken von der Mitte

[17] *Die Histopathologie der Hautkrankheiten.* 1894. pag. 131.

[18] L. c. (*Neurosyphilide und Neurolepride*). pag. 80.

[19] L. c. (*Die Histopathologie der Hautkrankheiten*) pag. 133. Vergl. auch SCHWIMMER: Über Pigmentsyphilis. Ref. in *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1880. XII. pag. 411. — Als eine andere Form der primär pigmentierten Neurosyphilide betrachtet UNNA die nun gewöhnlich Leukoderma syphiliticum genannte Pigmentanomalie.

aus geschehen mit Bildung von zentral pigmentierten, annulären Flecken mit hyperämischer Randzone.

Wie vorher berührt, kann man das tardive Erythem, wenn es auf einem frühen Zeitpunkt eintritt, über den gröfsten Teil der Haut verbreitet finden (No. 1, 3, 5), wogegen es später mehr regionenweise vorkommt und dann zugleich eine gröfsere Vorliebe für gewisse Lokalisationen zeigt. So trifft man diese Effloreszenzform besonders an den Femora, wohl am häufigsten an der vorderen und inneren Seite, und an den Nates mit Regio sacralis; demnächst an Armen, besonders an der Beugeseite der Unterarme, seltener an Crura, Rücken, besonders in der Lendenregion, und am Unterleibe etc. UNNA erwähnt wiederholt, dafs die Effloreszenz ganz symmetrisch auftritt; dies mag der Fall sein (No. 22), und es ist auch recht gewöhnlich eine, wenigstens teilweise, regionäre — nicht elementäre — Symmetrie zu finden; diese ist aber doch oft sehr mangelhaft ausgesprochen und fehlt in mehreren Fällen ganz (15e, 17b, 23 u. m.). BRAUMAN giebt sogar an, dafs Symmetrie nur ein einzelnes Mal unter seinen Fällen notiert ist. Wie bei anderen Syphiliden nicht ungewöhnlich, ist auch diese Effloreszenz als Recidiv nicht selten in denselben Regionen, wie früher, aufgetreten, wenn auch nicht auf eine auffallend konstante Weise.

Die Dauer dieses syphilitischen Erythems, dessen einzelne Elemente ziemlich gleichzeitig hervorkommen können oder mit gegenseitig kürzeren oder längeren Zwischenräumen, ist, wenn ohne Behandlung gelassen, sehr verschieden. Es kann, wie von einem Patienten (No. 8) angegeben, nach Bestehen von ein paar Monaten spontan schwinden, hatte aber in mehreren Fällen mehrere (bis fünf) Monate gedauert, bei einem Patienten (No. 16) ein Jahr und bei einem anderen (No. 22) sogar mehrere Jahre vor der Einlegung ins Hospital. In einem in BRAUMANS *Thèse* mitgeteilten Fall (Obs. VIII) hatte das Erythem 5—6 Jahre bestanden, und seine Dauer scheint somit ziemlich unbegrenzt sein zu können.

Wie FOURNIER schon rücksichtlich der früheren Ausbrüche (R. circinée) angiebt, zeigt diese Effloreszenzform im ganzen eine grofse Neigung zum Recidivieren; BRAUMAN berichtet sogar, dafs in allen denen seiner Observationen, wo man die Patienten hinreichlich lange hatte verfolgen können, ein Recidiv nach kürzerer oder längerer Zeit sich einstellte. In einem Drittel (bei acht Patienten) von unseren Fällen kam ein- oder mehrmal ein Recidiv, und wahrscheinlicherweise ist dies noch öfter geschehen, indem mehrere der Patienten nicht nach dem Ausschreiben verfolgt werden konnten; umgekehrt hat man bei einigen anderen Patienten (No. 11, 16, 18, 19) bei späteren Einlegungen ins Hospital für andere Affektionen in den nächstfolgenden 1—3½ Jahren kein Recidiv nachgewiesen, in einem Falle (No. 11) trotz spontanen Schwundes der

Efflorescenz. In den meisten Fällen kam der Patient nur zweimal mit einem solchen Exanthem hinein; in einem Falle dreimal (No. 15) und in einem anderen viermal (No. 13) im Verlauf von resp. etwa 4½ und 3 Jahren. Das Recidiv kam nach einer kürzeren oder längeren symptomlosen Pause, welche viermal (No. 10, 15 [zweimal], 23) sogar von zweijähriger Dauer war; nur in einem einzelnen Falle (No. 17) wurde der, hier freilich etwa fünfjährige, Zeitabstand in dem ersten Jahre durch ein interkurrierendes anderes syphilitisches Exanthem (Pap. agglom.) unterbrochen.

Ebensowenig als bei der gewöhnlichen syphilitischen Roseola hat man in den von dem tardiven Erythem eingenommenen oder umgrenzten Hautstellen Sensibilitätsstörungen irgend einer Art nachgewiesen; nur in zwei Fällen (No. 9a, 20), wo einige der Flecken fein schuppig waren, gaben die Patienten nach Anfrage an, dann und wann geringes Jucken zu empfinden, wie auch eine einzelne von Braumans Patientinnen Jucken empfand, „nur aber, wenn sie an die Flecke dachte"; solche Fälle bestärken in der Wirklichkeit ja nur die Regel. Auch nicht generelle Symptome begleiten den Ausbruch dieses Exanthems; nur eine Patientin (No. 5) mit sehr reichlicher und früh — etwa 1½ Jahre nach der Infektion — auftretender Efflorescenz gab an, in einigen Tagen abends Kopfweh und Schwindel gehabt zu haben, welche als „prodromale Symptome" aufgefafst werden könnten, wogegen eine kurzwierige Kardialgie, Kopfweh und Mattigkeit bei einer anderen Patientin (No. 18), deren Infektion 8½ Jahre zurück lag, sicherlich von mehr zufälligen, der Syphilis nicht angehörigen, Ursachen herrührten. Auch nicht nach der früher veröffentlichten Kasuistik wird dieses Exanthem — in dieser Beziehung also in Übereinstimmung mit anderen spät auftretenden Ausbrüchen von Syphilis — von generellen Symptomen begleitet.

Während das tardive Erythem in den meisten Fällen das einzige Symptom der Krankheit war, wurden doch bei einigen Patienten gleichzeitig andere syphilitische Affektionen gefunden. Aufser Drüsengeschwülsten und Leukoderma colli, welche noch von früheren Ausbrüchen her bei einzelnen Patienten mit verhältnismäfsig schnell nach der Infektion auftreten dem tardiven Erythem restierten, fand man bei einzelnen Patienten Papeln an den Genitalien oder gruppierte krustöse Papeln und Pusteln (No. 13, 15 a); das Verhältnis zum Erythem der bei mehreren anderen Patienten auftretenden circinär gruppierten Papeln ist oben erwähnt. Von sog. tertiären Formen hatte nur eine Patientin (No. 21) mit 13 Jahre alter Syphilis anfallsweise auftretende, halbseitige Parästhesien m. m., Kopfweh und Schwindel, welche gleichzeitig mit der Efflorescenz durch Behandlung mit Schmierkur und Jodkalium schwanden. Einen fast ganz ähnlichen Fall habe ich vor einigen Jahren an der Poliklinik des Kommune-

Hospitals für venerische Krankheiten behandelt und habe davon folgende Notizen:

No. 24. 42jährige Frau, zweimal vorher im Jahre 1887 wegen Syphilis merkuriell behandelt. — Patientin suchte die Poliklinik am 4. IX. 88. auf: Pap. genit., Epith. oris; in einem Monat Kopfweh, besonders bei Nacht, Schwindel, Parästhesie und Mattigkeit im linken Arm und Bein, dann und wann Gefühllosigkeit in den Fingern linker Hand von etwa einer Stunde Dauer. Wegen Stomatitis wurde mit der Behandlung — Jodkalium und Inj. sublim. (11) — aufgehört, ehe die Symptome geschwunden waren. — Blieb bis zum 21. XI. 88 aus: die Parästhesie aufgehört, noch Kopfweh und Schwindel, welche nicht geschwunden waren, als Behandlung — Jodkalium und Inj. subl. (28) — den 27. XII. wegen Diarrhoe und Erbrechen seponiert wurde. 7. I. 89 fand man einen thalergrofsen, hell hyperämischen, nicht infiltrierten, schuppenden oder juckenden, schmalen annulären Fleck mit normalem Zentrum an der inneren Seite des linken Femur und aufserdem Pap. genit. Nach Inunktionen (6) mufste am 14. I. Behandlung wegen starker Stomatitis eingestellt werden. — Blieb bis zum 4. XI. 89 aus. Es soll seit Januar kein Exanthem dagewesen sein. In einer Woche ganz ähnliche, annuläre Flecke, wie zuletzt, von 2—3 cm Diameter an Femora und Unterleib; in zwei Monaten wieder Kopfweh, Schwindel, Parästhesie und Mattigkeit im linken Unterarm mit täglichen Anfällen von Kälteempfindungen in den Fingern, welche kalt, bläulich oder weifs und gefühllos werden; dann und wann Krämpfe im linken Bein, hier keine Parästhesie. Ord.: Jodkalium und Inunktionen. — Sie blieb später aus.

Auch im gröfsten Teil der früher veröffentlichten Fälle war das erwähnte Exanthem die einzige Manifestation von Syphilis; einige Male stellten sich aber auch andere Symptome ein; namentlich hatte eine von VIDALS Patientinnen (BRAUMANS Obs. XI), deren Infektion drei Jahre zurück lag, gleichzeitig mehrere gummöse Affektionen m. m., ein Zusammentreffen, das auch HARDY beobachtet haben soll. BRAUMAN hebt auch die mehrmals gesehene Koincidenz hervor mit Psoriasis palm. und la glossite dépapillante [FOURNIER] — (BRAUMANS Obs. VIII, XII, XVI und WICKHAMS oben erwähnten Fall). Diese oberflächlichen Affektionen, die zu jedem Zeitpunkt der syphilitischen Infektionskrankheit auftreten können — daher von FOURNIER unter die Symptome „qui n'ont pas d'âge" gerechnet — haben wir nicht unter unseren Patienten beobachtet. Die genannte Zungenaffektion soll sich nach BRAUMAN so nahe an die tertiären kutanen Erytheme schliefsen, dafs sie als eine muköse Manifestation derselben Art wie diese zu betrachten sei.

Die pathologisch-histologischen Veränderungen, welche man bei dieser Exanthemform findet, bestehen nach UNNA,[30] was die erythematösen Neurosyphilide betrifft, in einer Hyperplasie und Sklerosierung der Gefäfswände des ganzen Gefäfsbaumes in der Cutis, vorzugsweise an dem oberflächlichen Gefäfsnetz ausgeprägt, mit Verengerung der arteriellen Kapillaren, weniger der venösen; das die Gefäfse umgebende Cutisgewebe zeigt nur geringe Veränderungen. In den erythematös-papulösen Neurosyphiliden findet sich dieses letztere, namentlich im Bereich des

[30] L. c. (*Die Histopath. d. Hautkr.*) pag. No. 130—133.

subpapillären Gefäßnetzes, mit hineingezogen durch eine beständig zunehmende, konzentrische Hyperplasie um die Gefäße, wobei die Form des Papillarkörpers allmählich verloren geht und abgeflacht wird, und es entsteht eine trockene Druckatrophie der Epithelschicht. Es zeigt sich eine mäßige, die Norm übersteigende, Vermehrung von Leukocyten in dem verdichteten Gewebe, aber ohne Ansammlung in Nestern. In den erythematös-pigmentierten Neurosyphiliden wurde abnorm reichliche Pigmentation gefunden, aber nur in den Epithelzellen selbst. — Schon im Jahre 1888 (in Pariser Briefen) sprach UNNA die Vermutung aus, daß diese syphilitische Efflorescenz vasomotorischen Ursprungs wäre, indem sie am meisten den die Lepra nervosa einleitenden, ringförmigen Exanthemen gliche, welche dieser Ursache zugeschrieben werden mußten (BOECK). In einer späteren Abhandlung[21] begründet UNNA diese pathogenetische Auffassung aus einer näheren Zusammenstellung dieser Lepraexantheme — deren sowohl klinische als anatomische und ätiologische Verhältnisse auf den angioneurogenen Ursprung hindeuten (Neurolepride) — mit den in klinischer und anatomischer Hinsicht und daher aller Wahrscheinlichkeit nach auch rücksichtlich der noch unbekannten ätiologischen Verhältnisse, ganz analogen Syphiliden (Neurosyphiliden). Von klinischen Verhältnissen, welche für diese eigentümlich sind und zugleich (wie für die entsprechenden Lepraformen) auf einen solchen Ursprung verweisen, führt UNNA an: die mit den cirkulatorischen Flächenelementen der Haut,[22] resp. dem kollateralen Netze, übereinstimmende Form der Efflorescenz, welche dabei diese Anordnung der Gefäße wie zur äußeren Erscheinung bringt; weiter das Bleiben der Efflorescenz an der ihr dadurch angewiesenen Stelle (ohne Größenveränderung), ihre auffallende Dauer, der geringe Erfolg von direkt angewandten antisyphilitischen Mitteln und die bedeutende Wirkung, die äußeren Irritamente, welche die Cirkulation beeinflussen (z. B., wie oben erwähnt, die Einwirkung der Kälte beim Auskleiden, Baden m. m.) auf das Hervortreten der erythematösen Formen

---

[21] L. c. (*Neurosyph. und Neurolepr.*) Vergl. auch UNNA: *Vorles. über allgem. Pathol. der Haut.* III. Wallungshyperämie. *Monatsh. f. prakt. Derm.* IX. 1889. pag. 272.

[22] Unter dem cirkulatorischen Flächenelement der Haut versteht UNNA den runden oder ovalen, etwa linsengroßen Abschnitt des Papillarkörpers, welcher die Basis eines Gefäßkegels, dessen Spitze in dem subkutanen Gewebe liegt, bildet und direkt von demselben mit Blut versehen wird. Indem diese rundlichen Flächenelemente sich nicht überall oder immer berühren, bilden sich zwischen ihnen nicht ausgefüllte Ecken, oder öfter, wo sie weniger dicht zusammenstehen, nicht ausgefüllte Ringe, welche nur indirekt mit Zu- und Abfuhr von Blut versehen werden durch Einschieben von kontinuierlichen kollateralen Kapillargefäßen (das kollaterale Netz). Die verschiedenen Figurationen der Neurosyphilide entstehen dann nach UNNA durch Affektion dieser Flächenelemente und kollateralen Netze, entweder jedes für sich oder im Verein, und, wenn das Syphilom der Gefäßnerven einen größeren Hautast angegriffen hat, durch Affektion von Gruppen der Flächenelemente oder von größeren Teilen des Kollateralnetzes, welche solche Gruppen einschließen. (UNNA: *Neurosyph u. Neurolepr.* und *Vorles. üb. allgem. Pathol. d. Haut.* l. c.).

haben. In histologischer Hinsicht läfst sich der Prozefs nach UNNA als eine blofse Überernährung der Hautgefäfse auffassen wegen der Parese dieser Gefäfse, durch die mutmafsliche syphilitische Affektion des Gefäfsnervensystems der Haut hervorgerufen. In der Hyperplasie und Sklerose der Gefäfswände sieht er dann gleichsam die natürlich hervorgerufene Selbststeuerung der Gefäfse gegen die erhöhte Blutzufuhr. Dem Fehlen der Infektionskeime in der Haut selbst entspricht das Fehlen der Plasma- und Riesenzellen, welche sonst alle chronischen Syphilide begleiten.[25] Nach UNNA ist dieses Exanthem somit nicht ein Syphilom der Haut, sondern der Gefäfsnerven derselben, ein chronisches neurotisches Erythem.

Diese Effloreszenzform ist an und für sich so charakteristisch und bietet so viele eigentümliche Verhältnisse dar, dafs die Diagnose, wenn alle Momente mit in Betracht genommen werden, nicht leicht zu Schwierigkeiten wird Anlafs geben können. Dieses wird am besten aus folgendem kurzen Resumé der einzelnen, vorher näher detaillierten Verhältnisse hervorgehen: Die circinäre Form der Effloreszenz — runde Flecke, weit häufiger schmale Ringe mit normalem, seltener mit abgeblafstem oder pigmentiertem Zentrum, und Bogenteile; ihre Gröfse — gewöhnlich münzgrofse oder gröfsere Elemente, die entweder vereinzelt sind oder mehr systematisch gruppiert, namentlich (besonders in späteren Ausbrüchen) zu circinären Figurationen von bisweilen sehr bedeutenden Gröfsen; weiter das Beibehalten der ursprünglichen Gröfse der Elemente, ohne peripheren Wuchs. Ferner die manchmal ziemlich schwache, oder dann und wann sogar wie verwischte, in der Regel helle rosige Farbe der Hyperämie, oft eine gelbliche Nuance untermischt; ihre, öfters gefundene, Beeinflufsbarkeit durch äufsere Irritamente, wie namentlich Temperaturveränderungen. Die am öftesten ganz fehlende, oder doch jedenfalls nur papulöse (nicht ulcerierende, schorf- oder narbenbildende) Infiltration, welche, wenn man sie findet, oft nur auf einzelne der Elemente, oder nur auf kleinere Teile deren Circumferenz beschränkt ist. Weiter ihre ziemlich selten vorkommende und dann nur ganz schwach ausgesprochene, pityriasiforme Schuppenbildung oder feines Falten der Haut während der Involution, sowie auch die oft zurückgelassenen, bisweilen sehr lange bestehenden Pigmentationen, der Form und Gröfse der Effloreszenz entsprechend. Noch ist hervorzuheben die mit dem Alter zunehmende Neigung der Effloreszenz zu regionärem Auftreten mit einer geringeren Anzahl Elemente und Vorliebe für gewisse Lokalitäten (am häufigsten Femora, Nates mit Reg. sacral. und Unterarme), ihre oft sehr lange Dauer und grofse Neigung zu Recidiven. Demnächst der

[25] L. c. (*Die Histopath. d. Hautkr.*) pag. 131.

Mangel an subjektiven, lokalen und generellen Symptomen, wie auch an Sensibilitätsstörungen der Haut und schliefslich die anamnestischen Data (möglich auch gleichzeitig anwesende andere syphilitische Symptome) und die Wirkung der Behandlung. — Aufser Lepra, wo namentlich die begleitenden Sensibilitätsanomalien und Anamnese m. m. in differentialdiagnostischer Hinsicht in Betracht genommen werden müssen, sind es von anderen Leiden wohl nur die erythematös-papulösen Formen von Erythema exsudativum und parasitäre oder mutmafslich parasitäre Hautkrankheiten, als Trichophytia, Pityriasis versicolor, Pityriasis rosea (Gibert) und Eccema seborrhoicum, mit welchen einzelne (namentlich auch die feinschuppigen) Elemente des tardiven Erythems gelegentlich einige Ähnlichkeit bekommen mögen. Diesen Krankheiten gegenüber enthalten indessen die oben angeführten Verhältnisse hinreichende differential-diagnostische Momente, welche noch ferner durch Untersuchungen auf Parasiten vermehrt werden können.

Wie aus dem ganzen oberflächlichen Charakter dieses Exanthems hervorgeht, besonders seinem absoluten Mangel an destruierenden Eigenschaften, hat es rein lokal nur geringe Bedeutung für das Individuum, ob auch seine Prognose wegen der grofsen Neigung zu Chronizität und Recidiven, auch oft nach Behandlung, weniger günstig als für die gewöhnliche frühe Roseola sei. An und für sich ist ja das Erscheinen des Exanthems ein Beweis, dafs die Infektion, oft trotz Verlaufes vieler Jahre und langer latenter Perioden, noch nicht ausgelöscht ist, und ob es auch, wie erwähnt, am häufigsten als Ausschlag einer im ganzen leichten Infektion gesehen ist, läfst sich natürlich daraus nichts Sicheres schliefsen auf einen auch späteren günstigen Verlauf der Krankheit, dies um so viel weniger, als es sich doch in einigen Fällen eben um eine schwere Infektion gehandelt hat, sogar mit gleichzeitigen gummösen Affektionen. Es mufs auch hervorgehoben werden, besonders wegen der von Unna nachgewiesenen wahrscheinlichen Lokalisation des syphilitischen Virus bei diesem Exanthem in den Gefäfsnerven, dafs in zwei von den hier mitgeteilten Fällen (No. 21 und 24) zugleich Lokalisation in dem zentralen Nervensystem gefunden wurde; auch Brauman erwähnt das Vorkommen von langwierigem Kopfweh und Schwindel bei ein paar von seinen Patienten (Obs. X, XII). Dieser Verfasser zieht aufserdem hervor, in Veranlassung des mit den frühen Syphiliden übereinstimmenden Charakters dieses Exanthems, die Möglichkeit der noch gewöhnlich verneinten Virulenz auf diesen späten Zeitpunkt der syphilitischen Infektionskrankheit, in welchem diese Efflorescenz nicht selten auftritt, obwohl speziell rücksichtlich dieser Patienten nichts Positives in dieser Hinsicht vorliegt.

Es wird recht gewöhnlich angegeben (Fournier, Vidal, Besnier,

Unna), dafs generelle spezifische Behandlung nur geringe Wirkung auf diese Syphilide hat, und dafs nur starke und prolongierte Kuren sie definitiv schwinden machen (Fournier, Unna). Während sie nach Unna keine oder nur geringe Reaktion bei lokal applizierten antisyphilitischen Mitteln zeigten, sah Quinquaud (Diskussion über den Fall Souplets) gute Erfolge von Occlusion mit Kalomelpflaster, und Leistikow (l. c.), der sowohl generelle als lokale spezifische Behandlung unwirksam fand, erreichte (in vier Fällen) sehr schnelle Wirkung durch lokale Anwendung von Chrysarobin und Pyrogallol, die Hauptrepräsentanten der reduzierenden Mittel. Brauman fand jedoch, dafs dieses Exanthem bei einigen Patienten sogar leicht dem Merkur oder selbst dem Jodkalium wich, dafs es sich aber bei anderen mehrere oder viele Monate hielt.[24] Um den Patienten völlig von dieser Effloreszenz zu befreien, welche in allen von Braumans Fällen, die hinreichlich lange verfolgt werden konnten, nach Verlauf kürzerer oder längerer Zeit recidivierte, empfiehlt er, ebenso wie Fournier, eine prolongierte Behandlung mit Quecksilber und Jodkalium, mit einer kürzeren Unterbrechung, wenigstens einen Monat nach dem Verschwinden der Effloreszenz fortgesetzt, und später Jodkalium ein paarmal des Jahres.

Während die Angaben von der Wirkung einer spezifischen Behandlung dieses sypilitischen Exanthems somit recht divergierend und grofsenteils wenig günstig sind, hat sie doch in unseren Fällen im ganzen gute Resultate gegeben. Von sieben dieser Patienten, wo ein einzelner, oder der einzige beobachtete Ausbruch allein mit Jodkalium, oder bei wenigen (drei) zugleich mit Quecksilberpräparaten lokal behandelt wurde, schwand die Effloreszenz bei fünf vollständig im Verlaufe von einer bis zu zwei Wochen (No. 13 c, 2) bis etwa einem Monat (No. 8, 15 b, 19). Für zwei von diesen Patienten ist der spätere Verlauf unbekannt; für einen wurde, bei mehreren Einlegungen ins Hospital, wegen anderer Affektionen, bis 15 Monate später kein Recidiv nachgewiesen, und zwei Patienten bekamen Rückfall resp. sieben Monate und zwei Jahre nachher. In zwei Fällen (No. 9 a, 14) dagegen, wo die Effloreszenz durch diese Behandlung in resp. einem Monat und nur 14 Tagen nicht völlig geschwunden war, exacerbierte sie kurze Zeit danach, schwand aber bei dem einen Patienten (No. 14) wieder spontan nach Verlauf weniger Wochen, und scheint in diesem Falle in den nachfolgenden etwa drei Jahren nicht recidiviert zu haben, wogegen in dieser Zeit mehrmals ringbildende, papulo-tuberkulöse Syphilide auftraten. — Bei 16 Patienten wurden Inunktionen angewandt — aufserdem bei einem von diesen (No. 23) gegen ein Recidiv ausnahmsweise Merkurialpillen — in einem einzelnen Falle 60, sonst 40—50, in (wie

[24] In mehreren von Braumans Journalen wird übrigens nichts vom Verlaufe während und nach der Behandlung erleuchtet.

gewöhnlich am Vestre-Hospital) sehr grofsen Gaben, nämlich 5—8 g täglich; mehrere Patienten bekamen zugleich Jodkalium, in der Regel aber nur in wenigen, am höchsten in etwa 14 Tagen. Nach einem Hospitalaufenthalt von in der Regel sechs bis acht Wochen Dauer war die Efflorescenz in allen den Fällen — oft ziemlich lange vor dem Abschlusse der Behandlung — völlig geschwunden; nur dreimal restierten noch beim Ausschreiben schwache pigmentierte Spuren nach einigen Flecken. Für acht von diesen Fällen, von denen fünf frühe Ausbrüche waren, ist der spätere Verlauf unbekannt; bei drei anderen Patienten wurde kein Recidiv nachgewiesen bei späteren wiederholten Einlegungen ins Hospital für andere Affektionen, resp. bis $^1/_2$, 3 und $3^1/_2$ Jahre später. Fünf Patienten kamen später mit Recidiv derselben Efflorescenz hinein (drei Patienten [No. 10, 17, 23] einmal, ein [No. 15] zwei- und ein [No. 13] dreimal), welche, wie früher erwähnt, bei einem Patienten (No. 13) nach etwa $^1/_2$—1 Jahr auftrat, bei drei (No. 10, 15,23) nach einem freien Zwischenraum von zwei Jahren (bei Patient No. 15 sogar zweimal) und bei einem Patienten (No. 17) nach einer fünfjährigen Pause, welche jedoch im ersten Jahre von einem merkuriell behandelten Ausbruche agglomerierter Papeln unterbrochen wurde. Nach Behandlung des letzten Recidivs wurde kein fernerer Rückfall nachgewiesen bei wiederholten späteren Untersuchungen von drei dieser Patientinnen bis resp. sieben Monate, $1^1/_2$ und $1^1/_2$ Jahre danach, obgleich die eine von ihnen Alkoholikerin war.

Hiernach unterliegt es dann keinem Zweifel, dafs eine generelle Quecksilberbehandlung — ja sogar Jodkalium allein — eine ebenso spezifische Wirkung gegen dieses, als gegen andere syphilitische Exantheme hat; sie wirkt wohl hier im ganzen nicht so wenig langsamer, als auf die gewöhnliche, frühe, fleckenförmige Roesola, aber übrigens kann die Wirkung rücksichtlich der Schnelligkeit kaum geringer geschätzt werden, als es manchmal der Fall bei anderen sypilitischen Exanthemen sein mag, indem man gewöhnlich mit Bezug auf die Resultate bei unseren Patienten mit recht grofser Sicherheit scheint erwarten zu dürfen, dafs diese Efflorescenzform im Verlaufe von sechs bis acht Wochen schwinden mag, und manchmal auch viel schneller, durch eine gründliche Inunktionskur. Die in den meisten früheren, ganz hauptsächlich von Frankreich, veröffentlichten Fällen angewandte, schwächer wirkende, inwendige Behandlung, besonders mit Merkurialpillen, hat aufser der grofsen Neigung der Efflorescenz zum Recidivieren auch nach der Behandlung, vermeintlich auch seinen Anteil an den weniger günstigen Aussprüchen von der Wirkung der antisyphilitischen Mittel gegen diese Exanthemform. Dem oft späten Zeitpunkte, in welchem diese erscheint, und dem mutmafslichen Sitze der Ursache des Exanthems im Nervensystem entsprechend, wird

man, wie auch BRAUMAN (FOURNIER) es anrät, wahrscheinlicherweise eine noch weit kräftigere Wirkung erreichen können durch eine gleichzeitige und gründliche Jodkaliumbehandlung, event. mit grofsen Gaben von diesem Mittel; in mehreren von unseren Fällen wurde freilich, wie erwähnt, zugleich Jodkalium angewandt, aber in kleinen Gaben und nur ganz kurze Zeit. Von einer besonderen lokalen Behandlung wird wohl nur ausnahmsweise, und als die generelle Behandlung unterstützend, die Rede sein, zumal die Inunktionen ja zugleich lokal wirken. Rücksichtlich des Vorbauens von Recidiven, oder wenigstens der Dauer von symptomlosen Perioden zwischen denselben, scheint das Resultat bei unseren Patienten erheblich günstiger als in den von BRAUMAN gesammelten Fällen, insofern dieses Verhältnis überhaupt für diese letzteren sich erleuchtet findet. Mit Sicherheit Recidiven durch die Behandlung vorzubauen, ist wohl nach Erfahrungen über die Verhältnisse bei anderen syphilitischen Affektionen überhaupt nicht möglich, zumal diese Efflorescenz eine besondere Neigung zu Rückfällen zeigt; aber eine nach dem Verschwinden des Exanthems wieder aufgenommene intermittierende, präventive Behandlung, von allgemeinen guten hygieinischen Verhältnissen unterstützt, wird aller Wahrscheinlichkeit nach in dieser Hinsicht den Patienten unter die günstigsten Bedingungen stellen.

Feuilleton.

Historische Streifzüge.

Von

Dr. MORITZ COHN-Hamburg.

Hippokrates.

(Schlufs des I. Teiles.)

Wenden wir uns jetzt den therapeutischen Bemerkungen zu. Dieselben sind, soweit sie sich auf Hautkrankheiten beziehen, in dem ersten Bande recht spärlich. Die Einwirkung der Bäder und des Salbens ist schon in No. 2 dieses Jahrganges, die Behandlung der Abscesse in No. 8 erwähnt. Um die Abscesse zur Reifung zu bringen, wendet er Salben und Kataplasmen (pag. 31) an. Für die letzteren giebt er sehr ausführliche Vorschriften; er sagt auf pag. 45ff.: „Über die Kataplasmen habe ich folgendes zu bemerken. Wenn es angezeigt erscheint, Leinwand aufzulegen, mufs man die aufzulegende Leinwand der Wunde anpassen, ein

Kataplasma aber wende man an, welches rings um die Wunde herumgeht. Diese Anwendung des Kataplasmas nämlich ist kunstgerecht und kann am meisten helfen. Denn augenscheinlich bringt die den umgelegten Mitteln innewohnende Kraft das Geschwür zur Heilung, während die Leinwand das Ganze schützt, für das aufserhalb der Wunde Gelegene hingegen ist das Kataplasma von Nutzen. So mufs die Anwendung dieser Mittel vor sich gehen." Ganz besonders betont er, dafs für äufsere Krankheiten äufsere Heilarten am besten sind (pag. 69). Für Patienten mit Geschwüren, welche durch Kälte entstanden sind, oder welche fressende Flechten am After, an den Genitalien, am Uterus oder an der Blase haben, empfiehlt er die Anwendung der Wärme, weil sie zur Krisis führe; er warnt bei ihnen vor der Anwendung der Kälte, weil sie den Tod herbeiführe (pag. 110). Dagegen läfst er, wie wir im nächsten Kapitel lesen, die Kälte bei solchen Patienten einwirken, bei denen Hämorrhagien erfolgten oder bevorstehen, und zwar nicht auf den Stellen selbst, sondern in der Nachbarschaft der Ergufsstelle. Wenn sich aber entzündete oder brennende Stellen durch frisches Blut röten oder von Blut unterlaufen sind, auf den Stellen selbst. Beim Erysipel rät er, so lange Kälte anzuwenden, wie keine Eiterung vorhanden; ist die letztere eingetreten, so hält er die weitere Anwendung der Kälte für schädlich. Er weifs, dafs viele Abführmittel, auf die Haut gebracht, eine starke Entzündung hervorrufen (pag. 272).

Merkwürdig berührt uns die Äufserung auf pag. 23, dafs „die kräftigsten Speisen bei dem gesunden, wie bei dem kranken Menschen den gröfsten und offenkundigsten Schaden anrichten". Ebenso auffallend sind die Diätvorschriften, welche er für kleine Kinder giebt; er sagt auf pag. 373: „Ganz kleine Kinder mufs man in warmem Wasser lange Zeit baden und ihnen mit Wasser versetzten und nicht ganz kalten Wein zu trinken geben; man soll ihnen aber solchen Wein zu trinken geben, welcher den Leib am wenigsten auftreibt und am wenigsten Blähungen verursacht. Das soll man thun, damit sie weniger von Konvulsionen befallen werden, selbst zunehmen und eine bessere Farbe bekommen." Mit der hippokratischen Behandlungsweise der Fettsucht kann man wohl auch heute noch Erfolge erzielen, nur möchte sie dem Patienten etwas unbequem sein. Die Vorschrift lautet (pag. 371): „Wohlbeleibte aber und solche, welche dünn werden wollen, müssen alle Arbeiten mit nüchternem Magen verrichten und sich ans Essen machen, solange sie noch von der Arbeit atemlos sind, ohne sich erst abzukühlen, zuvor aber sollen sie nicht zu kalten, mit Wasser versetzten Wein trinken; die Zukost sollen sie mit Sesam, süfsen Saucen und anderen derartigen Zuthaten zubereiten. Fett seien die Gerichte, welche sie zu sich nehmen, denn so kann man sich von möglichst wenig Speisen sättigen. Man halte auch

nur eine Mahlzeit des Tages, bade nicht, schlafe auf hartem Lager und gehe möglichst viel in unbekleidetem Zustande spazieren." Diese Zeilen und so manche andere rate ich den Naturheilkundigen und sonstigen gottbegnadeten Heilkünstlern von heute zu lesen, bevor sie behaupten, etwas zu können oder gar gefunden zu haben, was die Ärzte nicht kannten. Sie würden einen gelinden Schreck bekommen, wenn sie bemerken, dafs sie nur 2000 Jahre alte Schulmedizin lehren. Schliefsen will ich die Abrisse aus der Therapie des Hippokrates mit dem allbekannten Satz: „Was Arzeneien nicht heilen, heilt das Eisen, was das Eisen nicht heilt, heilt das Feuer, was das Feuer nicht heilt, das mufs man als unheilbar betrachten" (pag. 141).

Anhangsweise gebe ich nun noch einige Bemerkungen unseres Altmeisters, welche zur Haut in gar keiner Beziehung stehen, welche aber teilweise so treffend für unsere Zeit sind, als wären sie nicht vor einigen Jahrtausenden, sondern erst heute für uns geschrieben. Leider können wir diese Vorschriften nicht alle befolgen, denn die Anschauungen der Menschheit über den ärztlichen Beruf haben manche Wandlung durchgemacht, und wir leben ja scheinbar im Jahrhundert der Humanität. Ich fürchte nur, nach weiteren 2000 Jahren wird man über unseren niedrigen Standpunkt der Menschenliebe lachen und sagen: „Thoren waren sie, mehr zu versprechen, als sie halten konnten." Doch wozu diese Abschweifung, wird man fragen. Ich hoffe indes, beim geduldigen Leser Verzeihung zu finden, wenn er die nächsten Zeilen überflogen haben wird. Hippokrates definiert auf pag. 7 die ärztliche Kunst folgendermafsen: „— nämlich für die Kunst, die Kranken von ihrem Leiden gänzlich zu befreien, die schweren Anfälle der Krankheiten zu lindern und sich von der Behandlung derjenigen Personen fern zu halten, welche von der Krankheit schon überwältigt sind, da man wohl weifs, dafs hier die ärztliche Kunst nichts mehr vermag", und auf pag. 125, wo er vor der Behandlung der occulten Carcinome warnt, geht er sogar noch einen Schritt weiter, indem er sagt: „Diejenigen, bei welchen sich occulte Carcinome bilden, behandelt man besser nicht, denn wenn man sie behandelt, gehen sie schnell zu Grunde; wenn man sie hingegen nicht behandelt, bleiben sie längere Zeit am Leben." Wer wird sich heute damit einverstanden erklären? Welcher Arzt wird es über sich gewinnen, die Behandlung des Kranken abzulehnen, wenn seine Krankheit noch so aussichtslos ist? Nun sollte man erwarten, dafs Hippokrates viele Kranke als unheilbar abgewiesen habe. Da trösten uns aber zwei andere Stellen. Erstens hält unser Altmeister alle Krankheiten, welche man wahrnehmen kann, für heilbar. Stirbt der Patient dann trotz der Behandlung, so liegt es daran, weil er zu spät zum Arzte kam, oder weil die Krankheit einen zu schnellen Verlauf nahm (pag. 15). Zweitens weifs er schon, dafs die

Grenze zwischen Gesund- und Kranksein sehr schwer zu ziehen ist, und dafs beide Zustände ineinander übergehen. Infolgedessen behandelt er alle, welche an der Grenze stehen (pag. 27). In demselben Kapitel nimmt er die alte Lehre der Medizin in Schutz und warnt vor einem zu raschen Überbordwerfen des Ballastes, weil ja in demselben manche Wahrheit enthalten sei und die moderne Medizin darauf basiert.

Schon damals kannte man die Bedeutung guten Trinkwassers für die Gesundheit des Menschen (pag. 381). Auch der Schweifs und sein Verhalten zum Fieber wird richtig auf pag. 454, wie folgt, geschildert: „Schweifsausbrüche sind, soweit sie in die kritischen Tage fallen und das Fieber gänzlich vertreiben, bei allen akuten Krankheiten sehr gut. Gut sind auch die Schweifsausbrüche, welche den ganzen Körper befallen und anzeigen, dafs der Patient die Krankheit ziemlich leicht erträgt. Andererseits sind diejenigen, welche eine solche Wirkung nicht haben, nichts nütze. Am gefährlichsten aber sind die kalten Schweifse, welche blofs den Kopf, das Gesicht und den Nacken befallen. Diese deuten nämlich, wenn sie mit einem akuten Fieber zusammentreffen, auf den Exitus, treffen sie aber mit einer weniger gefährlichen Krankheit zusammen, auf eine lange Krankheitsdauer."

Jetzt bleibt nur noch übrig, einen Blick auf das Verhalten der Ärzte der damaligen Zeit zum Publikum und untereinander zu werfen. Es erinnert mich an das Streben der Jetztzeit, wenn Hippokrates auf pag. 20 vom Arzte verlangt, dafs sein Thun und Treiben gemeinverständlich sein soll. Seiner Schlufsfolgerung können wir wohl kaum beistimmen. Er glaubt nämlich, dafs, wenn der Arzt sich von der Meinung der unerfahrenen Menge entfernt und seinen Zuhörern nicht verständlich wird, er sich auch von der Wahrheit entferne. Auf pag. 499 weist er auf die Wichtigkeit der objektiven Symptome und der manuellen Untersuchung hin. Er zieht alle Sinnesorgane zur Stellung der Diagnose heran, etwas, was wir auch heute noch mehr beherzigen sollten. Ebenso können wir ihm beistimmen, wenn er auf pag. 498 zur Vorsicht bei Stellung der Prognose mahnt, denn von ihrer Richtigkeit hänge oft das Ansehen des Arztes in den Augen des Publikums ab, obgleich es, wie er richtig bemerkt, das Gesagte weder verstehen noch beurteilen kann. Ferner weist er darauf hin, dafs das Beten wohl schicklich und gut sei, man müsse aber auch selbst Hand anlegen, wenn man die Gottheit anruft (pag. 362). Er warnt seine Schüler auf das eindringlichste vor äufserem Pomp. „Schön aussehende und pomphafte Binden, die nichts nützen, hat man zu verwerfen" (pag. 42). Ebenso verwirft er die Mitwirkung der Laien bei der Behandlung. „Niemals aber vertraue man den Laien irgend etwas an; andernfalls wird der Vorwurf der falschen Handlung den Arzt treffen" (pag. 54). Die „Homöopathen des Altertums" geifselt

er auf pag. 25 folgendermafsen: „Der Mehrzahl der Ärzte ergeht es nämlich, wie mir scheint, ebensoschlimm, wie den Steuermännern; denn auch bei diesen merkt man es nicht, wenn sie bei Windstille falsch steuern, wenn aber ein heftiges Unwetter und ein Sturm, der das Schiff aus dem Kurse verschlägt, über sie hereinbricht, da wird es allen Menschen klar und deutlich, dafs sie durch ihre Unkenntnis und ihre Fehler das Schiff ins Verderben gebracht haben. So ergeht es auch den meisten schlechten Ärzten." Von der Befolgung seiner Ratschläge in betreff eines Consiliums würden auch heutzutage noch manche Kollegen Vorteil haben: „Es hat nichts Ungehöriges an sich, wenn ein Arzt, der sich im Augenblick bezüglich eines Patienten in Verlegenheit befindet und infolge seiner nicht genügenden Erfahrung nicht klar sieht, auch andere Ärzte zur Konsultation hinzuzieht, damit man auf Grund einer gemeinsamen Besprechung den Zustand des Kranken klarlege und jene Kollegen mithelfen, um ein Mittel zur Heilung zu finden; denn wenn sich eine Krankheit einnistet, so entgehen, falls das Leiden gröfser wird, gar viele Dinge im Augenblick dem Beobachter infolge seiner Ratlosigkeit. In solchem Falle soll man festes Zutrauen haben; denn niemals kann ich für meinen Teil erklären, dafs die Kunst darüber ihr Urteil gesprochen hätte. Niemals sollen die zu einer gemeinsamen Beratung zusammentretenden Ärzte miteinander zanken oder sich gegenseitig lächerlich zu machen suchen; denn in keinem Falle — darauf gebe ich mein Wort — soll ein Arzt den anderen um seiner Überlegenheit willen beneiden, weil das ein Zeichen von Schwäche wäre; dazu lassen sich die in öffentlichem Berufe stehenden Kollegen nur allzu leicht verleiten" (pag. 62). Aber trotz aller Mahnungen an die Kollegen scheint dem Hippokrates für seine Person das Selbstbewufstsein, um nicht zu sagen die Überhebung, nicht gerade gefehlt zu haben. Dafür zeugen wenigstens die Worte, mit welchen er das Buch über die Diät und die Träume schliefst: „Wenn man die vorbeschriebenen Lebensregeln befolgt, wird man sein Lebtag gesund sein, und ich bin es, welcher, soweit das überhaupt für einen Menschen möglich ist, mit Hülfe der Götter diese Lebensweise entdeckt hat" (pag. 369).

(Fortsetzung folgt.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 34. Heft 3. 1896.

I. Beiträge zur **Histologie der Urticaria simplex und pigmentosa mit besonderer Berücksichtigung der Mastzellen für die Pathogenese der Urticaria pigmentosa**, von E. Bäumer - Berlin. Der Verfasser bespricht kurz die im ganzen spärliche Litteratur über histologische Untersuchung der Urticaria.

Vidal war der Erste, welcher dem Lebenden entnommene Urticariaquaddeln histologisch untersuchte. Er fand hierbei die Gefäfse des oberen und mittleren Cutisabschnittes erweitert und mit Blut gefüllt, die Gefäfswand nicht verändert; in der Umgebung der Blut- und Lymphgefäfse zahlreiche Leukocyten, letztere in der ganzen Cutis stark vertreten, stellenweise zu Gruppen vereinigt, einige zwischen den sonst normalen Zellen des Rete Malpighii.

Unna glaubte, dafs die von Vidal beschriebenen, für eine meist so rasch vorübergehende Efflorescenz wie eine Urticariaquaddel sehr auffälligen Veränderungen grofsenteils sekundärer Natur seien. Dies veranlafste ihn, eine frische, durch Brennnesseln erzeugte und mit dem Ätherspray „vereiste" Quaddel zu excidieren und zu untersuchen. Als hauptsächlichsten Befund beschreibt Unna die Erweiterung der Lymphgefäfse und Lymphspalten und ferner eine Veränderung der elastischen Fasern, deren rankenförmig gewundene, in einzelne der gröfseren Gewebslücken hineinragende Enden andeuten, dafs hier eine Zerreifsung des elastischen Gewebes stattgefunden hat. Unna erklärt dieselbe durch den Druck entstanden, unter welchem bei der Quaddelbildung die Exsudation stattfindet. Bei der sonstigen Widerstandsfähigkeit des elastischen Gewebes ist diese Zerreifsung höchst auffallend. Verfasser hält es nicht für unwahrscheinlich, dafs der von Unna vor der Excision behufs Anästhesie gebrauchte Ätherspray die in der Quaddel vorhandene Flüssigkeit zum Gefrieren gebracht habe, wobei durch die Ausdehnung der in den Gewebsspalten angestauten Flüssigkeit beim Gefrieren eine Zerreifsung elastischer Fasern stattgefunden habe. Diese sei somit ein Kunstprodukt und habe mit der Quaddelbildung direkt nichts zu thun.

Um sich Klarheit zu verschaffen, hat Verfasser Unnas Befunde einer Nachuntersuchung unterzogen. Ebenso wie Unna mifslang auch dem Verfasser der Versuch, durch Brennnesseln auf der Haut von Kaninchen und Mäusen Quaddeln zu erzeugen. Er hat deshalb an seiner eigenen Haut die Versuche angestellt und die Zerreifsung elastischer Fasern, wie Unna sie angiebt, nirgends bestätigt gefunden. Wo in den Präparaten des Verfassers Enden elastischer Fasern sichtbar sind, kann man deutlich erkennen, dafs die Fasern glatt durchschnitten sind. Die ranken- oder bischofstabförmige Aufrollung elastischer Fasern, welche deren Zerreifsung charakterisiert, wie man z. B. an frischen Schnitten durch Lungenparenchym leicht beobachten kann, fehlt in den Schnitten. Da die Excision der Quaddel aus der Haut des Verfassers ohne jede vorherige Anästhesierung geschah, so erscheint es zweifellos, dafs Unna durch Gefrierenlassen der Quaddel die Zerreifsung artificiell erzeugt hat. Im übrigen entspricht die Anordnung der elastischen Fasern genau der von Unna gegebenen Beschreibung.

Ein Hineinragen elastischer Fasern zwischen die Zellen des Rete Malpighii, wie es Schütz beschreibt, hat Verfasser nicht finden können.

Was die Urticaria pigmentosa betrifft, von der Verfasser Gelegenheit hatte, einen Fall in Dr. Josephs Poliklinik zu beobachten, so fand er die von Unna zuerst

beschriebene und als Charakteristikum angesehene Mastzellenansammlung bestätigt. Zu den Besonderheiten des „Mastzellentumors" gehört, was bisher wenig Beachtung gefunden hat, die Art der Anordnung der Mastzellen. Dieselbe ist durchaus nicht regellos, sondern zeigt die Form von Säulen oder Strängen. Hierbei sind die Zellen so dicht aneinandergedrängt, daſs sie sich gegenseitig abgeplattet haben und demgemäſs eine annähernde Würfelform zeigen. Diese Zellstränge liegen stets zwischen Bindegewebsbündeln, resp. elastischen Fasern, und die kubische Form der Zellen in den Strängen ist durch ihre Anzahl bedingt. Sind zwischen zwei Bindegewebsbündeln nur wenige Zellen vorhanden, so zeigen diese eine langgestreckte Spindelform. Die Ursache der Mastzellenansammlung findet Verfasser in einer Vis a tergo, welche die Zellen vor sich her treibt und aneinander drängt, auf der anderen Seite in dem Widerstand, welcher dieser Vis a tergo von vorn her durch die Epithelgrenze geleistet wird. Die Vis a tergo ist nach der Ansicht des Verfassers das an ein und derselben Stelle wiederholt auftretende Ödem, welches die Mastzellen vom Orte ihrer Entstehung wegschwemmt (auch normalerweise finden sich solche in geringer Zahl in der Haut) und sie zu Haufen zusammendrängt.

Eine wenn auch nur unbedeutende aktive Wanderung der Mastzellen hat Verfasser in Übereinstimmung mit JADASSOHN nachweisen können.

Zahlreiche Mastzellen finden sich in der Umgebung der Gefäſse. Da man hier auch Zeichen einer Proliferation (Kernteilungen) antrifft, so möchte Verfasser auch hierhin den Entstehungsort der Mastzellen verlegen. Von hier aus gelangen sie teils passiv, zum geringeren Teile aktiv nach der Epithelgrenze und den übrigen Stellen.

Die Pigmentation bei der Urticaria pigmentosa steht im mikroskopischen Bilde an Bedeutung hinter der Mastzellenansammlung zurück. Sie ist am stärksten in den Partien der Quaddel, welche voll entwickelt sind. Das Pigment ist feinkörnig, von goldgelber Farbe und bildet um den Kern herum einen vollständigen Mantel. Es giebt keine Hämosiderinreaktion. Mit der Rückbildung der Quaddel nimmt klinisch die Pigmentierung ab. Mikroskopisch hat Verfasser deutliche Anzeichen dafür gefunden, daſs die Mastzellen der allmählichen Auflösung anheimfallen, und daſs mit dem Zerfall der Mastzellen auch das Pigment wieder aus den Epithelzellen entfernt wird.

Was die Pathogenese der Mastzellen betrifft, die ja pathognomonisch für die Urticaria pigmentosa sind, so schlieſst sich Verfasser auf Grund seiner experimentellen diesbezüglichen Untersuchungen den Anschauungen EHRLICHS und WESTPHALS an, nach welchen die Mastzellen Abkömmlinge des Bindegewebes sind und besonders reichlich da auftreten, wo eine Stauung des Lymphstromes stattfindet resp. wo eine Anhäufung von Ernährungsmaterial vorhanden ist.

II. Urologische Beiträge, von JADASSOHN und DREYSEL-Breslau.

1. **Über die Kapacität der Urethra anterior**, von DREYSEL. An 50 Menschen mit nachweislich vollständig gesunder Harnröhre wurde die Kapacität der Pars anterior untersucht und die Angaben GUIARDS (8—10—15 ccm meist das Minimum der Kapacität) einer Nachprüfung unterzogen. Die Resultate, die Verfasser erhalten hat, decken sich im ganzen mit denen GUIARDS. Er zieht aus denselben für die Therapie folgende Schlüsse:

1. Spritzen von 5—6, ja solche von 10 ccm Inhalt reichen zu einer maximalen Ausdehnung der Urethra bei Berücksichtigung der normalen Widerstandsfähigkeit des Schlieſsmuskels nicht aus.

2. Mit einem Irrigator in der gewöhnlichen Höhe von circa 100 cm erreicht man eine geringere Ausdehnung der vorderen Harnröhre, als mit Einspritzungen mit groſser Spritze.

3. Die maximale Dehnung der Harnröhre wird erzielt durch sehr hohe Irrigation (Höhe des Irrigators 200 cm über dem Penis); diese Methode ist ceteris paribus die energischste.

2. **Über die Kapacität der Urethra posterior**, von Dreysel. Verfasser hat nach dem Vorgang von Guiard tropfenweise in den Anfangsteil der Urethra posterior Methylenblau injiziert, um zu entscheiden, wieviel in maximo in der hinteren Harnröhre liegen bleibt. Während bei Deponierung des Methylenblaus in die Urethra anterior die erste Portion des aus der Blase entleerten Urins dunkel, die zweite schwächer, die dritte wenig oder gar nicht mehr gefärbt erschien, kam nach Injektion häufig auch nur eines, immer aber nach Einspritzung mehrerer Tropfen Methylenblau in den Anfangsteil der Posterior die erste Urinportion etwas dunkler, die nächsten (3—5) Portionen heller, aber deutlich blau, die letzte wieder dunkler blau gefärbt hervor. Wenn also so minimale Mengen von Flüssigkeit, die auf die Urethra posterior gebracht werden, sich dem Blaseninhalt beimischen, so glaubt Verfasser gegenüber den Versuchen Cohns nach wie vor an der Anschauung, daſs von einer eigentlichen Kapacität der Posterior nicht gesprochen werden könne, festhalten zu müssen.

3. **Zur Trichterbildung in der Urethra posterior**, von Dreysel. Die dies bezüglichen Untersuchungen des Verfassers haben in Übereinstimmung mit den Resultaten Jadassohns ergeben, daſs die von Finger als stets vorhanden bezeichnete Trichterbildung bei maximaler Blasenfüllung durch Messung der Urethra nur an einer Minderzahl von Fällen (9 von 30) zu konstatieren ist, und daſs die Verkürzung der Urethra auch in diesen Fällen sehr gering ($^1/_2$—$1^1/_2$ cm) ist. Somit ist für die Diagnose der Urethritis posterior diese Trichterbildung nicht zu verwerten.

4. **Bakterien-Membranen in der Harnröhre**, von Jadassohn. Die Diagnose einer Urethritis membranacea kann man makroskopisch aus dem Urin stellen nicht bloſs, wenn groſse Lamellen oder wirkliche Abgüsse der Urethra im Urin vorhanden sind, sondern auch wenn dünne, kleine, weiſs-gelbliche Blättchen in demselben herumschwimmen. Das Mikroskop zeigt dann gewöhnlich fast ausschlieſslich aus Epithelien sich zusammensetzende Membranen. In der letzten Zeit jedoch hat Verfasser sich dreimal in der Diagnose geirrt. Die charakteristischen Blättchen bestanden nicht aus Epithelien, sondern fast ausschlieſslich aus Bakterien, zwischen denen nur einmal ganz vereinzelt Eiterkörperchen und sehr wenige Epithelzellen und Schleimfäden vorhanden waren. Die Bakterien lagen wie in Kulturpräparaten dicht bei einander. Zweimal waren es nur nach Gram färbbare Kokken, im dritten Falle waren kurze Stäbchen und Kokken vorhanden. In dem ersten Falle handelte es sich klinisch um einen bezüglich seiner Harnröhre ganz gesunden Mann, in dem zweiten bestand eine vorübergehende Reizung bei einem Patienten, der lange an einer chronischen Urethritis ohne Gonokokken gelitten hatte. Der dritte Patient hatte eine Blennorrhoe der Urethra anterior und posterior und eine leichte saure Cystitis vielleicht mit Bacterium coli. Nur einmal wurden die Bakterienmembranen nach Ausspülung der Urethra anterior aus der Urethra posterior mit der ersten Urinportion entleert. Am nächsten Tage waren sie nicht mehr aufzufinden.

Wenn auch das Vorhandensein saprophytischer Bakterien in der normalen und kranken Urethra nichts Ungewöhnliches, so ist doch das Auswachsen derselben zu Membranen auf der Urethralschleimhaut ganz auffallend und, wie es scheint, bisher von anderen Autoren nicht beobachtet.

Bakterienmembranen können sich auch, wie Löwenhardt auf dem 4. Kongreſs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft mitgeteilt hat, in der Blase bilden.

5. **Die Reaktion im Lumen der Harnröhre**, von Jadassohn. Die Untersuchungen, die Verfasser nach dieser Richtung hin angestellt hat, haben ergeben, daſs

die normale Reaktion der Harnröhre alkalisch ist und daſs sie durch den Durchgang des sauren Urins in einem für die Prüfung mit Lakmuspapier meist nur sehr geringen Grade und für kurze Zeit geändert wird. Da aber die Gonokokken auf saurem, wie auf mäſsig alkalischem Nährboden wachsen, hat die Reaktion der Harnröhre für den Verlauf und die Behandlung der Blennorrhoe wohl kaum eine Bedeutung.

III. Zur Topographie des elastischen Gewebes der normalen, menschlichen Haut, von E. Secchi-Cagliari. Verfasser beschreibt in der vorliegenden, sehr fleiſsigen Arbeit das Verhalten der elastischen Fasern in den verschiedensten Körperregionen und resumiert seine Beobachtungen ungefähr folgendermaſsen:

1. Papillarkörper. Die elastischen Fasern finden sich in jedem Papillarkörper oder Papillarraume. Sie durchdringen das Innere desselben in der Längsachse der Papillen, zuweilen aber auch, namentlich bei breiten Papillen, transversal, d. h. parallel zur Oberfläche der Haut oder zur unteren Begrenzungalinie des Epithels. Je nachdem die Papillen senkrecht oder schräg stehen, sind auch die Fasern senkrecht oder schräg gelagert. In manchen Regionen, besonders dort, wo die Haut wenig verschieblich und dem Druck der Zerrung ausgesetzt ist (Handteller, Fingerbeere, Fuſssohle etc.), häufen sich die elastischen Fasern an der Peripherie des Papillarraumes stärker an und sind im Zentrum spärlich.

Die Menge und Gröſse der Fasern ist proportional der Gröſse und Höhe der Papillarräume, so daſs die Fasern um so zahlreicher und gröſser sind, je gröſser und höher der Papillarraum ist. Zuweilen, namentlich an der, starkem Drucke ausgesetzten Haut findet man groſse und zahlreiche Fasern in Papillen, die nur einen kleinen Raum einnehmen.

Die Schlängelung der Fasern ist in engen, konischen und hohen Papillen wenig oder gar nicht ausgeprägt. Sie wächst allmählich, je breiter die Papillen werden, bis endlich ein kleines Netz entsteht. Die Schlängelung tritt auf einer leicht verschieblichen Haut deutlich, auf einer wenig beweglichen nur sehr wenig hervor.

Was die intraepithelialen Endigungen betrifft, so hat sie Verfasser im Gegensatz zu Unna und Zenthöfer und in Übereinstimmung mit Balzer auch nach Berücksichtigung aller Fehlerquellen deutlich beobachtet.

Bezüglich der Funktion der elastischen Fasern im Papillarkörper schlieſst sich Verfasser der Ansicht Unnas an, daſs sie dem Papillarkörper, der bei den Bewegungen der Haut verzerrt und gedrückt wird, seine Richtung und Form wiedergeben.

2. Derma subpapillare und subepitheliale. Die Anordnung der elastischen Fasern zeigt hier eine gröſsere Mannigfaltigkeit. Sie scheinen sich je nach den verschiedenen Regionen der Haut in verschiedener Weise anzuordnen und verschiedene Typen zu bilden. Den am meisten charakteristischen Typus fand Verfasser in den Regionen des Gesichts (Stirn, Augenbrauen, Lider, Wangen, Lippen, Kinn, Nasenflügel und Ohrläppchen) und nannte ihn wegen der knäuel- oder wollpolsterartigen Verwirrung und Verwickelung der Fäden den Knäuel- oder Polstertypus. Die Entwickelung ist im Derma papillare gering, im tiefen Derma mäſsig.

Ein anderer Typus findet sich an den Auſsenflächen, wo das Derma sehr dick, die Haut nicht sehr verschieblich ist (hintere Halsgegend, Rücken, Schulter etc.). Während hier die elastischen Fasern im Papillarkörper gleichfalls nur in sehr mäſsiger Menge vorhanden sind, findet man im Derma subpapillare und subepitheliale eine dichte Lage von Fasern, welche zuweilen den Wellenlinien des Epithels folgt, zumeist jedoch der Hautoberfläche parallel gerichtet ist. Im mittleren Teile des Derma verbreitet sich diese Lage ein wenig und bildet ein engmaschiges Netz, welches

im Sinne der Ausdehnung der Haut gestreckt ist (im Gegensatze hierzu sieht man rhombische Maschen im tiefen Derma).

Einen dritten Typus zeigen Handteller, Fingerbeere, Nagelbett, Fußsohle, Ferse, also solche Stellen, an welchen die Haut starkem Drucke ausgesetzt und wo auch das System der Papillen sehr ausgebildet ist. Hier bemerkt man eine dichte Lage elastischer Fasern, welche die intrapapillären Zapfen streift und sich mit dem Stratum papillare verbindet. Dagegen befindet sich unter dieser Lage im mittleren Teile des Derma, das zum größten Teile aus kompaktem fibrösen Bindegewebe besteht, nur ein lockeres Netz dünner Fasern. Die Fasern dieses Typus halten eine Richtung aus der Tiefe nach der Höhe ein, alles entgegengesetzt, als man es an anderen Hautstellen beobachtet.

Das Knie, dessen Derma von lockerem, netzartigem Bindegewebe gebildet wird, stellt wieder einen anderen Typus dar. Hier findet man in der ganzen Dicke des Derma ein gut entwickeltes Netz elastischer Fasern parallel der Hautoberfläche gelagert. Das Knie kann als Muster für die Haut aller Innenflächen und jener Gegenden dienen, wo sie beweglich und dünn ist und wo man ein an elastischen Fasern außerordentlich reiches Derma findet, das aber nur sehr spärliches, meist netzförmiges Bindegewebe aufweist.

Einen besonderen Typus bietet das Präputium dar, welches gleichfalls sehr arm an Bindegewebe, dagegen außerordentlich reich an elastischen Fasern ist, so daß es am besten mit den Ohrläppchen verglichen werden kann. Die elastischen Fasern am Präputium zeigen eine reichliche Schlängelung, welche auch die außerordentliche Elasticität des Präputium erklärt.

3. Das tiefe Derma. In diesem sind die Fasern größer als in den darüber liegenden Teilen der Haut. Sie bilden vierkantige oder rhombische Maschen, die je nach der größeren oder geringeren Dicke der Bindegewebsbündel mehr oder weniger weit sind. Die Entwickelung dieses Netzes hält gleichen Schritt mit der Entwickelung des Bindegewebes, d. h. das Netz ist um so reichlicher, je stärker das kollagene Bindegewebe entwickelt erscheint.

4. Das subcutane Gewebe. In Regionen mit dünner Haut sind die elastischen Fasern spärlich, haften locker an der Fascie, weshalb sich hier die Haut in breiten Falten abheben läßt. Im Gegensatze hierzu werden sie um so reichlicher, je dicker die Haut ist und je fester sie der Fascie anhaftet. Auch die Ausbildung des Panniculus adiposus und die Menge der Schweißdrüsen üben einen bestimmten Einfluß auf die größere oder geringere Entwickelung der elastischen Fasern aus.

5. Die Hautorgane, Gefäße, Muskeln und auch gewisse, manchen Regionen eigentümliche Gewebe sind von elastischen Fasern umgeben, welche eine Art aus Längs- und Querfasern bestehender Scheide bilden. Sie verleihen, was ihre Funktion betrifft, den Gefäßen das Vermögen, ihr normales Kaliber wieder zu erlangen, wenn sie es infolge des Blutumlaufes verloren haben, und den Muskeln die Eigenschaft, in ihre frühere Lage zurückzukehren, sobald sie ihre Form und ihr natürliches Volumen bei der Kontraktion eingebüßt haben.

Schwieriger ist die Erklärung der Anwesenheit elastischer Fasern im Nagelbette. Hier herrscht ein kompaktes Bindegewebe vor, dessen Entwickelung immer im entgegengesetzten Verhältnisse zu dem der elastischen Fasern steht; trotzdem sind letztere auch hier in hinreichender Menge vorhanden und dienen wahrscheinlich dem Zwecke, dem Nagelbette und den Gefäßen die Fähigkeit zu verleihen, wieder in die natürliche Lage zurückzukehren, wenn sie durch Druck aus ihren Verhältnissen gebracht worden sind. Die elastischen Fasern verlaufen deshalb hier in ihrer Hauptrichtung

von unten nach oben und wirken, wie die Spiralfeder in einem Sopha oder in einem Wagenpolster, dem Drucke entgegen.

IV. Ein Fall von primärem gangränösen Erysipel des Penis. Miterkrankung des Hodensackes und der Hoden. Konsekutive Hodenatrophie? Oligospermie, von S. Róna-Budapest. Es handelt sich im vorliegenden Falle um einen 29jährigen Kutscher, der bis zum 23. Dezember 1893 sich ganz gesund fühlte, auch nie geschlechtskrank war. Am Vormittage des 23. bekam er Schüttelfrost, nachts Hitzegefühl. Am 24. morgens bemerkte er an der unteren Fläche der Vorhaut eine haselnufsgrofse Anschwellung, die seither stetig zunahm. Am 25. fühlte er sich schwer krank und liefs sich ins Spital aufnehmen.

Bei der ersten Besichtigung zeigten sich an den unteren Extremitäten mehrere schmale, längliche, vom Kratzen herrührende, mit blutigen Borken bedeckte Exkoriationen. Auf der Eichel eine ähnliche Exkoriation. Die Eichel hat normale Farbe und Konsistenz. Die ganze untere Fläche der Vorhaut ist dunkelrot, weichödematös, und auf der Kuppe der Schwellung sind hirsekorngrofse, aus der Tiefe gräulichschwarz durchschimmernde Herde sichtbar. Die obere Hälfte der Vorhaut ist von beinahe normalem Aussehen und Konsistenz. Die untere Fläche der Gliedhaut ist rosarot, etwas gedunsen und auf Berührung sehr empfindlich. Die Inguinaldrüsen sind bohnengrofs und empfindlich. Die Milz ist vergröfsert. Die Temperatur 40,5°. Das Allgemeinbefinden sehr schlecht.

Die Therapie besteht in kalten (nicht Eis-)Umschlägen. In den nächsten zwei Tagen breitet sich die Schwellung auf die ganze Haut des Gliedes und den ganzen Hodensack aus. Die Vorhaut ist enorm geschwollen und sehr schmerzhaft. Gleichzeitig ist die untere Fläche der Vorhaut in toto zu einem scharfbegrenzten, weifsgelblichen, nekrotischen Gewebe umgewandelt. Der Patient befindet sich im Kollapszustand. Die Herztöne sind kaum hörbar, der Puls frequent, klein.

Die Diagnose lautet: Erysipelas gangraenosum penis et scroti.

Die Schwellung des Gliedes und Hodensacks nahm noch enorm zu und breitete sich auf dem Damme bis zum After aus. Auf der Dorsalfläche des Gliedes, ebenso auf der Raphe des Skrotums zeigten sich bläulichschwarze Pünktchen. Die Inguinaldrüsen waren haselnufsgrofs geworden.

Die Therapie bestand in tiefen Einschnitten auf dem Gliede und dem Skrotum, an letzterem entsprechend der ganzen Länge der Raphe; auch in der Dammgegend wurden Einschnitte gemacht, worauf die Schwellung alsbald abnahm. Die Operationswunden wurden mit Sublimatgaze verbunden; in der Leisten- und Schamgegend wurden Sublimatumschläge (1 : 1000) angewendet.

Am 24. Dezember hat sich das Erysipel auf den Bauch, die Oberschenkel und auf das rechte Gesäfs verbreitet. Sämtliche gangränöse Stellen demarkieren sich, die Skrotalgeschwulst ist zweimännerfaust grofs.

In den nächsten Tagen gehen die Erscheinungen zurück und das Allgemeinbefinden des Patienten ist besser. Die gangränösen Teile stofsen sich überall, begleitet von starker Eiterung, ab, an deren Stelle fehlt zumeist das Skrotum, und beiderseits scheint es, als hätten sich auch Teile von den Hodenhüllen abgestofsen. In beiden Skrotalhälften lassen sich kleinfaustgrofse, konsistente Geschwülste fühlen.

Die Heilung geht in der Folgezeit stetig vorwärts. Am 1. März wurde der Patient als gesund entlassen. Er zeigte mehrere grofse und breite Narben am Präputium, Skrotum und am Damme. Der linke Nebenhoden war an die Skrotalnarbe angewachsen, beide Hoden erschienen verkleinert.

Scrotalgangrän tritt häufiger sekundär im Anschlufs an Blattern, Abdominaltyphus etc. auf. Dagegen sind Fälle von primärem Peniserysipel und solch fou-

droyanter Gangrän im Anschluſs an eine geringfügige Exkoriation, wie im vorliegenden Falle, äuſserst selten. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über Temperaturvariationen unterhalb der Norm, von Missale. (*Rif. med.* 1895. No. 212.) Mit Bezug auf die Haut wurden subnormale Temperaturen beobachtet beim Sklerom (Glaser, Richet), bei tiefgehenden Verbrennungen (Landerer Janssen), in einem Falle von Urticaria universalis und an weitverbreitetem Ekzem (Janssen). Bei diesen Affektionen hat die Haut die Fähigkeit verloren, den Körper gegen äuſsere niedrige Temperaturen zu schützen. *C. Müller-Bern.*

Diathesische und pathogenetische Dermatosen; klinischer Vortrag, von Gaucher. (*Presse méd. belge.* 1895. No. 52.) Unter pathogenetischen Dermatosen versteht Verfasser diejenigen, welche unter dem Einfluſs ingerierter Substanzen (Nahrungsmittel, Medikamente etc.) entstehen. Zu den diathesischen gehören diejenigen, welche durch Antointoxikation zu stande kommen, d. h. infolge einer Störung der allgemeinen Funktionen. Hauptbedingung zu ihrer Entstehung ist die Insuffizienz des Nierenfilters, welcher die im Körper durch ungenügende Oxydation der absorbierten und assimilierten Substanzen nicht zu eliminieren vermag (Arthritismus); diese letzteren suchen infolgedessen sich durch die Haut einen Ausgang zu verschaffen und durch ihre irritierende Wirkung Eruptionen zu veranlassen. Diese Anschauungsweise, die er bekanntlich mit den meisten seiner französischen Kollegen teilt, führt ihn zur Entwickelung der Lehre von den sog. Metastasen, als deren Anhänger er sich bekennt. Die Beispiele, die er zur Stütze seiner Ansicht anführt, sind bekannt: abwechselndes Auftreten von Ekzem und Konvulsionen, von Asthma und Ekzem etc. Verfasser ist der Überzeugung, daſs die meisten Dermatosen dem Arthritismus ihre Entstehung verdanken. *C. Müller-Bern.*

Über die Funktion der Nebenniere, von N. Cybulski. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 6.) Die Ergebnisse der vom Verfasser und Szymonowicz angestellten Versuche betreffs der Funktion der Nebenniere sind in dieser Arbeit niedergelegt. Zunächst fanden sie, wie frühere Autoren, daſs die Tiere nach Exstirpation beider Nebennieren sterben; es stellt sich Apathie, Steifheit der Muskeln, bedeutende Vermehrung der Blutkörperchen und des Hämoglobins, Pulsverlangsamung, Erschwerung der Atmung ein. Injektion von 1 ccm eines 10% wässerigen Nebennierenextraktes in die Venen beseitigt alle Erscheinungen auf einige Zeit. Injektion derselben Menge bei gesunden Tieren bewirkt excessive Steigerung des Blutdruckes, wie sie sonst nicht vorkommt, Pulsverlangsamung, Atmungsbeschleunigung. Extrakte aus der Marksubstanz wirken stärker als solche aus der Rinde der Nebenniere. Extrakte anderer Organe rufen nichts Ähnliches hervor. Die Veränderungen im Puls, Blutdruck, Atmung etc. sind zurückzuführen auf zentrale Einwirkung (vasomotorisches Zentrum, Vaguszentrum, Atmungszentrum). Subkutane Injektion ruft keine nennenswerte Wirkung hervor. Die wirksame Substanz kann durch Wasser, durch mit Glycerin vermengtes Wasser, Salz- und Schwefelsäure extrahiert werden; es scheint eine Base zu sein. Durch Kochen geht die Wirksamkeit verloren, ebenso durch Magensafteinwirkung. Die Dialyse liefert im

Dialysator eine dem Extrakt gleich wirkende Flüssigkeit, es scheint also die aktive Substanz ein Krystalloid. Filtration durch Chamberland-Filter wirkt eher stärker als schwächer.

Es kann das Extrakt giftig wirken durch Hervorrufung von Extravasaten, gewöhnlich wirkt sie erregend; Tiere können an dasselbe gewöhnt werden. Am frühesten werden bei grofsen Dosen die Vaguszentren gelähmt, während das vasomotorische Zentrum gegen den Einfluſs der Niere am resistentesten ist. Der Harn der längere Zeit mit dem Extrakt behandelten Tiere zeigt eine ähnliche, wenn auch schwächere Wirkung. Durch Mischen mit Blut wird die Wirkung des Extraktes nicht aufgehoben, wohl aber durch einige Tropfen 1%iger Kaliumpermanganicum-Lösung. Verfasser vermutet, daſs die das vasomotorische Zentrum erregenden Substanzen in der Nebenniere entstehen. Mit dem Nebennierenblute lieſs sich dieselbe Erregung des vasomotorischen Zentrums erzielen wie mit dem Extrakt.

Der Verfasser findet in der Nebenniere einen Faktor, ohne welchen die Thätigkeit des Nervensystens unmöglich ist, also ein hochwichtiges Organ.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Vorlesungen über die Nebenniere, von H. D. Rolleston-London. (*The Brit. med. Journ.* 23. und 30. März, 6. April 1895.) Es sei auf diese ausgezeichnete, den Gegenstand nach allen Richtungen hin erschöpfende Arbeit hiermit aufmerksam gemacht.

C. Berliner-Aachen.

Bemerkung zu der Mitteilung von P. G. Unna „Zur Immunität des Knäueldrüsenapparates gegen Eiterkokken", von Conrad Brunner. (*Dtsch. Med.-Zeitg.* 1896. No. 12.) Verfasser hat in einer früheren Arbeit die Ausscheidung des Mikroorganismus durch den Schweifs behauptet auf Grund von Tierexperimenten. Unna hat die Beweiskraft angefochten, weil zu den Versuchen nur der Micrococcus prodigiosus verwendet wäre. Verfasser weist nun darauf hin, daſs in derselben Arbeit auch mit gleichem Erfolge das Verhalten des Staphylococcus pyogenes aureus geprüft ist, was Unna übersehen habe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über einen neuen aseptischen Verschluſs von Wunden an Stelle der Wundnaht, von B. Schürmayer-Hannover. (*Centralbl. f. Chir.* 1896. No. 3.) In einer Reihe von Fällen erweist sich die Wundnaht als unzweckmäſsig, einmal weil wegen grofser Spannung die Fäden einschneiden oder durchreiſsen, oder weil im lockeren Granulationsgewebe ein Halten völlig ausgeschlossen ist. Tiefe Nähte bis ins Gesunde verringern hier nicht immer den Miſsstand; die Anwendung von Heftpflasterstreifen widerspricht unseren anti- und aseptischen Bestrebungen. Wo die Streifen den frischen Wundrändern oder dem Granulationsgewebe aufliegen, erfolgt stets verstärkte Sekretion, ja sogar Eiterung. Das Wechseln der Spannungsstreifen führt stets Klaffen der Wunde herbei. Tupft man die Wunde aus, so benetzen sich die liegen gebliebenen Streifen, verlieren an Halt und sind überhaupt jetzt, weil feucht, noch mehr eine Quelle der Infektion. Um diesen Miſsständen abzuhelfen, empfiehlt Verfasser folgendes Verfahren:

„Man schneidet aus Kautschukheftpflaster entsprechend lange und breite Streifen und durchsticht sie an einem Ende, etwa mit einer Nadel, nachdem man durch Umschlagen eine doppelte Lage herstellte. Dann schneidet man aus Platindraht Stückchen von nötiger Länge ab und biegt mit der Pinzette dieselben am Ende je zu einem kleinen Häkchen um, glüht dieselben aus oder legt sie in ein Desinficiens.

Nun werden senkrecht zum Wundverlaufe auf einer Seite in gehörigem Abstande vom Wundrande die Heftpflasterstreifen in erforderlicher Zahl angeklebt. Man faſst mittelst Pinzette die kleinen Doppelhaken und hakt den einen Haken in die Öffnung im Heftpflasterstreifen. Ebenso wird der andere Streifen im zweiten distalen Häkchen

befestigt; indem man nun den noch freien Streifen anzieht, mit der anderen Hand zwischen zwei Fingern die Wundränder zusammenzieht und jetzt den Heftpflasterstreifen auf der anderen Seite der Wunde im Gesunden festklebt, vereinigt man die Wunde und fährt so fort, bis alles geschlossen ist." (Abbildung.)

Jederseits von den Wundrändern bleibt eine möglichst breite Zone, über welche sich nur die Drähte spannen, damit von der etwa verflüssigten Klebesubstanz der Heftstreifen nicht in die Wunde gerät. Um dieses ganz auszuschliefsen, legt man längs der Streifenenden Gazestreifen und erst hierauf das Verbandmaterial; auch desinfizierte Guttaperchastreifen thun denselben Dienst. Beim Verbandwechsel tupft oder spritzt man die Wunde in gewohnter Weise aus, kann sich aber durch Lockern eines Streifens jede beliebige Stelle besser zugänglich machen. Das Verfahren eignet sich natürlich nur für oberflächliche Naht und setzt voraus, dafs die Wundränder auf tiefer liegenden Geweben einen Stützpunkt haben. *H. Einhorn-München.*

Über eine neue Form von antiseptischer Wundbehandlung, von C. L. Schleich. (*Therap. Monatsh.* Febr. 1896.) In Wasser gelöste Gelatine, über Formalindämpfe getrocknet, wird zu einem sehr beständigen, gegen Hitze und Kälte, organische und Mineralsäuren, gegen Alkalien, alkalische und saure Salze resistenten, steinharten, durchsichtigen Körper. Das Formalin ist inaktiv geworden, denn die Masse ist nicht antiseptisch. Es fragt sich, ob innerhalb des Organismus eine Freigabe des gebundenen Formalins aus diesem Körper statthat. Bringt man ein Stück desselben in das Abdomen des Kaninchens, so bildet sich eine Bindegewebsschwiele, die Formalingelatine aber wird erweicht und resorbiert; dabei tritt niemals lebhafte Reaktion oder käsiger Zerfall ein. Es wird also die Gelatine resorbiert und das Formalin frei und erzielt eine andauernde Sterilisation. Verfasser versuchte deshalb die gepulverte Formalingelatine zur antiseptischen Wundbehandlung. Es gelingt mit Hülfe dieses Pulvers jede akute Eiterung zu coupieren und den aseptischen, weiteren Verlauf zu garantieren. Das hat Verfasser an 120 Fällen erprobt. Mit frischem Blut entsteht bei reiner Wunde in wenigen Stunden ein Schorf. Eiterung ohne Gewebsnekrose sistiert in 24 Stunden, auch bei Furunkeln, Karbunkeln und Phlegmonen, wofern das nekrotische Gewebe entfernt ist. Aufserhalb des Organismus vermag Pepsin-Salzsäure die Formalingelatine zu zersetzen. Das benutzt man, um auch bei vorhandener Gewebsnekrose dieselbe Wirkung zu erzielen. Man streut das Pulver auf und befeuchtet das Ganze mit

Pepsin	5,0
Acid. hydrochlor.	0,3
Aq. dest.	ad 100,0.

Hier übernimmt die Pepsin-Salzsäure die destruierende Funktion der Zellen.

Das Pulver wird hergestellt, indem man auf 500,0 gelöste und gereinigte Gelatine 25 Tropfen Scherings Formalin nimmt, die Masse trocknet, reinigt, pulvert und unter Gegenwart von reiner Formalinlösung aufbewahrt. (Hergestellt von Apotheker Kohlmeyer in Berlin, Bellealliancestrafse 12.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beiträge zur Transplantation nach Thiersch, von Auerbach, Jottkowitz, Schultheiss. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 4.) Die Verfasser berichten auf Grund der Erfahrungen in Königshütte über die dort bewährte Methode der Thierschschen Transplantation. Von ihren Angaben sei einzelnes hier hervorgehoben.

Die Schaffung frischer Wunden ist unnötig, man überträgt direkt auf die Granulationen, sobald die Wunde vollkommen gereinigt, die Sekretion gering geworden ist. Auch überwuchernde Granulationen brauchen nicht entfernt zu werden. Narkose ist entbehrlich, Umschnürung der Extremität, an der die Entnahme erfolgt, zu empfehlen. Der beste Verband ist Borsalbe, auf Leinwandlappen gestrichen;

Verbandwechsel nach sechs bis acht Tagen, dann nach weiteren sechs Tagen. Als dritter Verband genügt ein trockener Schutzverband. Von der Anwendung der Antiseptica wurde kein Nachteil beobachtet.

Die Indikationen für die Transplantationen fassen die Autoren weiter als URBAN (*Dtsch. med. Zeitschr. f. Chir.* 1892), da ihnen dieselben auch auf freiliegenden Sehnen und vom Periost entblößten Wunden gelangen. Die Verfasser berichten dann genauer über die von ihnen nach diesen Grundsätzen ausgeführten Transplantationen. Am Schlusse prüfen sie dann die Frage, inwieweit dieses Verfahren im stande ist, die infolge einer Verletzung etwa drohende Einbuſse an Erwerbsfähigkeit hintenanzuhalten, resp. zu verringern. Bei oberflächlichen Verletzungen, die nicht in das Bereich der Gelenke fallen, wird durch Transplantation die Heilung gefördert, der Nachteil einer langen Ruhestellung vermindert und die Möglichkeit gegeben, etwaige Fingerstümpfe länger zu erhalten. Bei tieferen Zerstörungen ist die Behandlungsdauer eine lange, aber für die Verhinderung der Retraktion erweist sich die Hautüberpflanzung als sehr günstig. Massage, Elektrizität, Bäder, Zandersche Apparate leisten viel mehr und liefern dauerndere Resultate, wie an mehreren Fällen gezeigt wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Subepidermale Hautincision zur Vermeidung von Narben bei Gesichts- und Halsoperationen, von CARL BECK. (*Centralbl. f. Chir.* 1895. No. 38.) Zur Vermeidung unangenehmer Narben empfiehlt der Verfasser folgendes Verfahren: Es wird begonnen mit der Bildung eines THIERSCHschen Epidermislappens, der an einer Seite im Zusammenhang mit der Nachbarhaut bleibt und während der Operation auf dieser schön flach ausgebreitet wird. Sodann wird die Incision im Grunde der entstandenen Wundfläche gemacht, die Operation vollendet und schliefslich nach eventueller Anlegung von versenkten Katgutnähten der Epidermislappen ausgebreitet und adaptiert. Es sollen die Stellen der Incision danach kaum zu sehen sein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pharmakologie.

Airol als Wundstreupulver, besonders zur Behandlung der verletzten Arbeiterhand, von FRANZ BACHMANN. (*Der ärztl. Prakt.* 1896. No. 1.) Zur Behandlung verletzter Arbeiterhände ist der Trockenverband der beste. Ein pulverförmiges Mittel für solche Fälle muſs adstringierend, blutstillend, desinfizierend, austrocknend wirken, nicht reizen, nicht giftig sein, nicht unangenehm riechen. Diese Forderungen erfüllt das Airol, welches Verfasser daher empfiehlt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zum Gebrauch des Dermatols, von MOSOLEWSKY. (*Milit.-med. Journ.* 1895.) Seit zwei Jahren wendet Autor im Militärhospital ausschliefslich Dermatol bei antiseptischen Verbänden von Geschwüren und Wunden an und hat nie irgend welche Nebenerscheinungen beobachtet, weder allgemeine Vergiftungserscheinungen, noch lokale Reizung der Wunde. Die Heilung ging ganz ebenso vor sich, wie bei der Jodoformbehandlung, wobei Dermatol den Vorzug hat, ungiftig und geruchlos zu sein. Sehr raschen Effekt beobachtete Autor beim Ulcus molle und bei der Urethritis (Injektion einer Emulsion von 1,0—1,5 : 180,0). *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Über die Verwendung des Europhen in der venereologischen Praxis, von CARL KOPP. (*Wien. ärztl. Centralanz.* 1895. No. 27.) Verfasser berichtet über 19 Fälle von Ulcus molle, neun Fälle von Bubo inguinalis, sieben Fälle mit nässenden Papeln der Krural- und Analgegend.

a) Ulcus molle. Von fünf Fällen, welche nach Ausschabung der Geschwüre mit Pulvertrockenverband von Europhen 1,0 Acid. boric. subt. pulv. 3,0 behandelt wurden, heilten zwei am vierten, zwei am siebenten, einer am zehnten und einer am elften Tage. Die Heilungsdauer der übrigen 14 Fälle, welche mit Sublimatwaschungen und mit Europhen in Substanz oder Mischungen mit Borsäure behandelt wurden, schwankte zwischen sechs Tagen und fünf Wochen und betrug im Durchschnitt 17 Tage. Europhen erwies sich stets als ein reizloses Mittel. Leistendrüsenbubonen sind bei der Behandlung nicht ausgeschlossen.

b) Bubonen infolge von weichem Schanker. Zwei in Schankergeschwüre übergegangene Drüsenabscesse wurden nach gründlicher Ausschabung und Desinfektion mit Europhen-Borpulververband (1 : 2) behandelt. Heilung in 16, bezw. 20 Tagen. Die übrigen Abscesse heilten nach Eröffnung und Auskratzung unter in Europhenborpulver (1 : 5) getauchten Kompressen in 14 bis 32 Tagen ohne Fistelbildung. Europhen erwies sich auch hier stets als reizloses Mittel.

c) Nässende Papeln. Die Überhäutung der Papeln in sieben Fällen erfolgte unter Europhen-Borpulver (1 : 3) innerhalb drei und zehn Tagen vor Einleitung einer Allgemeinkur. *A. Strauſs-Barmen.*

Über die Behandlung von Tripper und Schanker mit Jodoformin, von E. Güntz. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 23.) Als bestes, mildestes und zugleich unschädliches Mittel bei der Tripperbehandlung empfiehlt G. das Jodoform und warnt vor dem sog. Coupieren mit Höllenstein. Das Jodoform wird in Form eines dicken, mit Wasser angerührten Breies mittelst Salbenspritze nach jeder Miktion in die Urethra injiziert und danach die Öffnung dieser letzteren (falls die Sekretion nicht allzu stark) mit Pflanzenpapier verklebt. An Stelle des wegen seines Geruches unbequemen Jodoforms kann nun das diesem letzteren in jeder Beziehung ebenbürtige Jodoformin treten. Doch auch dieses ist nicht, wie vielfach gerühmt worden, vollständig geruchlos, wenigstens dann nicht, wenn es mit den feuchten Geweben in Berührung kommt, indem dann deutlicher Jodoformgeruch wahrnehmbar wird. Diese Ausscheidung von Jodoform kann übrigens behufs Verstärkung der Witterung des Jodoformins künstlich erreicht werden, indem man dem auf das Schankergeschwür pulverförmig gestreuten Körper einige Tropfen einer dünnen Lösung von Natron bicarbonicum beifügt. Als Deckmittel dient auch hier Pflanzenpapier und Goldschlägerhäutchen. Beim Tripper wird das Jodoformin in ganz derselben Weise angewendet, wie das Jodoform. Den Geruch des Präparates an Fingern und Kleidern verdeckt vollständig Pfefferminz spiritus. (Jodoformin = $C_3H_6N_2J_2$ = Jodderivat des Methylendiaminmethans.)
C. Müller-Bern.

Die antibakteriellen Eigenschaften des Jodoforms, von Wreden. (*Botkinsche Hospitalztg.* 1895.) Autor führt vier Beobachtungen der antiparasitären Wirkung des Jodoforms an, bei denen das Resultat der Behandlung ihn sehr zufrieden stellte. *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Über eine seltene Form des Jodismus, von Heinrich Rosin. (*Therap. Monatsh.* 1896. No. 3.) Bei einem Patienten stellten sich schon nach vier Eßlöffeln einer Jodkaliumlösung (8 : 200,0) neben Schnupfen, Augenthränen und etwas Speichelfluſs eigenartige Tumoren ein, die eine Ähnlichkeit mit den Geschwülsten bei Mykosis fungoides hatten. In beiden Fällen scheint eine, wenn nicht identische, so doch sehr ähnliche und ähnliche Hautstellen ergreifende Infektion des Papillarkörpers vorzuliegen. Die Hauterkrankung beginnt mit einer kleinen Papel, über der sich bald ein Bläschen erhebt, welches sich rasch ausdehnt, und unter welchem der Papillarkörper in mächtige Schwellung gerät. Später erfolgte eine Rückbildung. Auch das Ab-

heilen mit Hinterlassung eines leicht pigmentierten Fleckes entspricht dem Verhalten bei Mykosis fungoides. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein Fall von Pyrogallolintoxikation, von E. Vollmar. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 3.) Bei einem 63jährigen Patienten, der an universeller Psoriasis litt, wurde eine 10%ige Pyrogallolsalbe angewandt, nach der wenige Stunden nach der Applikation sich eine Dermatitis entwickelte, die wieder eine Nephritis zur Folge hatte. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die Ätiologie der Abscesse an den Injektionsstellen von löslichen Quecksilberpräparaten, von Omeltschenko. (*Russ. med. Rundsch.* 1895. No. 22.) Im Verlaufe von 1½ Jahren hat Autor 15 Abscesse der Hinterbackengegend geöffnet, welche nach Sublimatinjektion entstanden waren (die Lösung enthielt ½% Sublimat und 2% Kochsalz; pro dosi wurde nicht mehr als 0,01 Sublimat injiziert). Autor hat den Eiter der Abcesse einer genauen Untersuchung unterzogen und fand in Reinkulturen den Staphylococcus pyogenes aureus; andere Kokken oder Bakterien waren in keinem einzigen dieser 15 Fälle vorhanden. Omeltschenko beobachtete ferner die Wachstumsverhältnisse des Staphylococcus auf Fleischpeptongelatine, der eine bestimmte Menge einer Lösung von Hydrargyrum bichloratum corrosivum und Natrum chloratum depuratum hinzugesetzt worden war. Er fand, daſs die Vermehrung des Staphylococcus aufhört bei 0,10% Sublimat und 0,1625% Hydrargyrum benzoicum oxydatum. Zur Vertilgung der Kokken ist eine stärkere Konzentration notwendig, und zwar 0,2125 Hydrargyrum bichloratum corrosivum und 0,2635 Hydrargyrum benzoicum oxydatum. Aus diesen Daten schlieſst Autor, daſs der Abscefseiter durchaus nicht aseptisch sei; er entsteht durch die Mitwirkung pyogener Mikrobien — des Staphylococcus pyogenes aureus, dessen Lebensfähigkeit auch bei ziemlich groſsen Quecksilbermengen erhalten bleibt. Doch kommt noch als Hauptfaktor die Wirkung des injizierten Quecksilbers auf die Gewebe hinzu. Verfasser hat nun versucht, durch Tierexperimente die Wirkung löslicher Quecksilberpräparate auf die Gewebe festzustellen.

Aus der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchung der Gewebe an den Stellen der Injektion von Hydrargyrum bichloratum corrosivum und benzoicum oxydatum folgt, daſs an den Stellen der unmittelbaren Wirkung diese Quecksilberpräparate kauterisierend wirken, infolgedessen eine Nekrose des betreffenden Gebietes eintritt; in den umgebenden Gebieten tritt dagegen eine intensive entzündliche Reaktion mit allen für diese Gebiete schlimmen Folgen ein.

Folgende Schlüsse stellt Autor auf Grund seiner Beobachtungen auf:

1. Die an den Injektionsstellen auftretenden Abscesse sind bakterieller Natur.
2. Als Hauptagens fungiert hier der Staphylococcus pyogenes aureus.
3. Die unter dem Einflusse der injizierten Quecksilberpräparate eintretende parenchymatöse Degeneration der Gewebe wirkt hier mit.
4. Das pyogene Agens wird in allen Fällen von dem die Injektion Ausführenden bei nicht genügender Berücksichtigung der Asepsis und Antisepsis hineingebracht.
5. Der Staphylococcus pyogenes aureus erweist sich den Lösungen von Hg Präparaten gegenüber sehr widerstandsfähig.
6. Die antibakterielle Wirkung des Hydrargyrum benzoicum oxydatum ist geringer als die des Hydrargyrum bichloratum corrosivum.
7. Beide Präparate haben denselben Einfluſs auf das Gewebe.
8. Das Hydrargyrum benzoicum oxydatum muſs als unlösliches Quecksilberpräparat betrachtet werden.
9. Das Verbleiben von Resten der injizierten Quecksilbermengen an den Injektionsstellen ist als Folge der unter dem Einflusse des Präparates sich ver-

mindernden resorbierenden Fähigkeit der Gewebe zu betrachten. Je häufiger an den betreffenden Stellen injiziert wird, um so geringer wird die resorbierende Fähigkeit der Gewebe, um so gröfsere Quecksilbermengen kommen dann nicht zur Resorption.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Mikroskopische Beiträge zur Kenntnis der Quecksilbervergiftung, von Louis Eckmann. (Arbeiten aus dem pharmakologischen Institut zu Dorpat. 1896.) Nach einer interessanten und inhaltreichen Übersicht über die Geschichte des Quecksilbers in der Medizin und was über seine Giftigkeit bisher bekannt geworden, berichtet der Verfasser über seine eigenen 14 Versuche an Tieren, deren Ergebnisse auch mikroskopisch genau festgestellt wurden. Alle Quecksilberpräparate kreisen im Blute als Quecksilberoxydulchlornatrium. In Niere und Darm wird dasselbe oft, nicht immer, durch nekrobiotisches Zellprotoplasma reduziert zu einem unlöslichen, schwarzen Salz, dem vielleicht von organischen Substanzen nicht ganz freien Quecksilberoxydul. Die Intoxikation bewirkt in kurzer Zeit einen Zerfall des Hämoglobins, so dafs man das Hämosiderin in verschiedenen Organen nachweisen kann, sogar in den Harnkanälchen. Die mikroskopische Reaktion auf Eisen, resp. Quecksilber ist oft weniger scharf, als die makroskopische, und umgekehrt, je nachdem eine diffuse Durchtränkung besteht oder das Metall gebunden ist an weifse Blutkörperchen, resp. in strukturlosen Körperchen abgelagert ist. Mikroskopische und makroskopische Betrachtung müssen sich daher ergänzen. Die Untersuchung auf Quecksilber wird ausgeführt mittelst Schwefelwasserstoffs in saurer Lösung, oder noch besser durch Schwefelammonium. — Besonders bemerkenswert sind die Befunde in den Nieren und im Darm. Zwischen Mensch und Versuchstieren stellt sich dabei der Unterschied heraus, dafs bei Pflanzenfressern das stark entwickelte Coecum und der Wurmfortsatz der Sitz der Veränderungen im Darm ist, bei Menschen dagegen der Dickdarm.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Diskussion über den Vortrag (s. diese Zeitschrift Bd. XXII. pag. 35) von Heller **über merkurielle Albuminurie.** (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. 44.) Fürbringer konstatiert, dafs die Zahlen des Vortragenden sich von den seinigen und Wielanders nicht wesentlich entfernen, und zeigt Abbildungen des Sediments bei einfacher merkurieller Albuminurie und bei parenchymatöser im Sekundärstadium der Syphilis.

G. Lewin: Die von Heller gefundenen, wenn auch geringen Albuminmengen erklären sich durch mangelhafte Durchführung der nötigen Vorsichtsmafsregeln bei der grofsen Zahl der Kranken und der geringen Zahl von auf seiner Abteilung vorhandenen Ärzten. Die Albuminurie vergesellschaftet sich besonders mit Salivation und Diarrhoe. Die Integrität der das Hg ausscheidenden Organe ist die erste Bedingung für das Ausbleiben der Albuminurie. Wo Darm oder die Nieren krank sind, früher Nephritis bestanden hat, bedarf es besonderer Vorsicht. Auch starke Schweifssekretion vermindert die Nierenfunktion; die Kombination mit Schwitzkuren ist deshalb zu vermeiden. Ebenso ist die gleichzeitige Darreichung von Jod wegen der Bildung von Quecksilberjodid zu widerraten. Vielleicht beruht die nachteilige Einwirkung von Quecksilberkuren am Meeresstrande auf der Einatmung von Jod und Chlor. — Eine unpassende Dosierung des Hg kann natürlich auch zu Albuminurie führen, wie bei vielen anderen Medikamenten. Sehr häufig ist auch eine Idiosynkrasie gegen Hg vorhanden. Wer alle diese Momente ins Auge fafst, wird keine Albuminurie bei Hg-Kuren sehen.

Gerdm: Wichtig ist die Applikationsmethode. Die Injektion in die Muskulatur kann unangenehme Folgen haben, vor allem eine Injektion in die Blutbahn, die gerade bei den weiten Venen in der Glutealgegend leicht möglich ist. Solche Injektionen können auch Thromben und später Embolie bewirken, was besonders bei Tuberkulösen

Schaden stiften kann. Ganz zu verwerfen ist die Injektion unlöslicher Salze, von denen Hydrargyrum salicylicum das schlechteste ist, da die Embolie sich dabei nicht nur auf die Lungen, sondern auch auf das Zentralnervensystem erstrecken kann.

A. Blaschko glaubt nicht, dafs die von ihm berichtete Paraffinembolie besonders alarmierende Symptome mache. — Bei der Nephritis kommt es vor allem auf die Menge des Quecksilbers an. Die Löslichkeit der Salze ist nebensächlich, denn auch die löslichen verwandeln sich nach der Injektion in unlösliche Albuminate. Am wichtigsten ist das Vorhandensein einer Idiosynkrasie.

Lewin hat nie eine Embolie gesehen. Unlösliche Salze haben schon beginnende Pneumonie erzeugt (Quincke) und auch den Tod herbeigeführt (Smirnoff) Auch Nervenerscheinungen sind nach ihrer Anwendung beobachtet worden (Keitel).

Heller findet es doch auffällig, dafs bei der subkutanen Kur so wenig Fälle von Idiosynkrasie gegen Hg beobachtet sind. Die geringste Dosierung findet jedenfalls bei den Sublimatinjektionen statt. Die Schädigung der Gewebe kann bei intramuskulärer Injektion nicht mitspielen, da gerade bei der Schmierkur Albuminurie häufig gesehen wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei neue Quecksilbersalben. G. J. Müller empfiehlt (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1896. (No. 6) als Salbengrundlagen für die Kassenpraxis das Myronin (Eggert), das auf seine Veranlassung mit 4% Wassergehalt hergestellt wurde, und für die Privatpraxis den Adeps lanae. Die Myroninsalbe wird mittelst kleiner Celluloidkästchen à 3 und 4 g unter Zuhülfenahme eines beigegebenen kleinen Spatels aus Celluloid abgemessen und stellt sich bei dieser Art der Abgabe noch billiger, als die gewöhnliche graue Salbe in Kugelform. Die Formel für die Adeps-lanae-Salbe lautet: Hg viv. 33,3, Adip. lan. 45,7, Vaselin. americ. 12,0, Sapon. kalin. oleae neutr. 10,0. Diese Salbe ist fast unbegrenzt haltbar (eine seit acht Monaten stehende Probe zeigt keine Veränderung), der Geschmeidigkeitsgrad ist ganz vorzüglich und kann je nach der Jahreszeit ab. geändert werden. Der Abgabe ad chart. cerat. steht nichts im Wege. Beide Salben sind so gut wie geruchlos und sind aufserordentlich leicht auf der Haut zu verreiben. Apotheker Grube, Alexanderstrafse 32, Berlin. Die Herstellung der neutralen Olivenölkaliumseife und der mit derselben bereiteten Hg-Salbe ist gesetzlich geschützt.

H. Einhorn-München.

Eine verbesserte Quecksilbersalbe, von A. Philippson - Hamburg. (*Therap. Monatsh.* 1896. No. 2.) Verfasser hat das Hg mit flüssigen Vasogenen versetzt und hat beobachtet, dafs es sehr leicht in die Haut eindringt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Als **wirksamste Quecksilberpräparate** zu subkutanen, resp. intramuskulären Injektionen bei der Behandlung der Syphilis empfiehlt Szadek das **Salicylat und Thymolacetat**, wobei er alle 3—4 Tage 0,075 des Salzes (1,5 Salz, 0,5 Gummi, 20,0 Wasser) injiziert. Die schönsten Resultate erzielte er bei frischen sekundären und gutartigen tertiären Fällen. Die Zahl der zu einer Kur notwendigen Injektionen variiert in den 168 Fällen zwischen 6 und 45. (*Przegl. Lek.* 1895. No. 8.)

C. Müller-Bern.

Studien über die Pharmakodynamik des Schwefels. Ein Beitrag zur Arzneiwirkungslehre und Balneologie, von Hugo Schulz. 1896. Die Aufgabe, welche zu lösen der Verfasser sich vorgenommen, ist eine überaus dankenswerte; er untersuchte die Wirkung des Schwefels am gesunden Menschen, und zwar in einer sehr eingehenden Weise. Er liefs den Schwefel als Verreibung (1,0 Sulf. depur. mit 99,0 Milchzucker) und als Tinctura sulfuris, deren Bereitung im Original nachzusehen ist einnehmen. Auf Grund von 25 eingehend mitgeteilten Versuchsprotokollen, kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Erstens: Der Schwefel ist ein viel leistungsfähigerer

Arzneistoff, als so für gewöhnlich in den Lehrbüchern von ihm angenommen und berichtet wird. Zweitens: Der Versuch am gesunden Menschen ist geeignet, uns über die Wirksamkeit und das Angriffsgebiet eines Arzneistoffes Aufschlüsse zu geben, die der Tierversuch niemals geben kann.

In Bezug auf die Analyse der Symptome von seiten des Nervensystems, des Muskelsystems, des Gefäfssystems, der Respirationsorgane, der Verdauungsorgane, des Harnapparates, der Sexualorgane und der Haut mufs auf das Original verwiesen werden. Hervorgehoben seien aus der Epikrise nur die folgenden sehr wichtigen Schlufsfolgerungen. Verfasser wendet sich gegen SCHMIEDEBERG, wenn er von den Schwefelwässern sagt, dafs sie wegen der kleinen Mengen von Schwefelwasserstoff oder Schwefelalkalien sicherlich nicht heilend wirken, sondern dafs die bei solchen Kuren eingehaltene Diät und Lebensweise die heilsamen Folgen genügend erklärten. Die Versuchsprotokolle ergaben, dafs mit noch kleineren Dosen Schwefel, als sie in einem Liter Nenndorfer Wasser enthalten sind, typische Wirkungen derselben zu beobachten waren, und zwar bei jungen, gesunden und widerstandsfähigen Leuten. Die Thatsache, dafs der Schwefel pathologische Erscheinungen an Organen auftreten läfst, die, anderweit hervorgerufen, durch Schwefel geheilt werden, z. B. Furunkulose, erklärt Verfasser durch die unrichtige Anwendung des Mittels. Vermögen kleine Dosen von Schwefel die Heilung einzuleiten und ihre weitere Entwickelung zu unterstützen, weil ihre Wirkungsintensität im passenden Verhältnis steht zu der durch kürzere oder längere Krankheitsdauer herabgesetzten Widerstandsfähigkeit des Organes, so kann, wenn hier ein Mifsverhältnis von vornherein obwaltet, der Erfolg nicht nur ausbleiben, sondern es kann sogar eine Verschlimmerung des bestehenden Zustandes eintreten. Verfasser deutet die Wirkung kleiner Dosen von Schwefel so, dafs er sagt: der Schwefel stärkt die erkrankten Organe in ihrer Widerstandsfähigkeit, in ihrem Kampfe mit den pathologischen Einflüssen, denen sie ausgesetzt sind. Hebung der vegetativen Lebensbedingungen ist es, worauf es hierbei ankommt, eine Anschauung, welche heute auch eine Rolle in der Erklärung der Erfolge spielt, welche durch die Serum- und Gewebssafttherapie erlangt sind. *A. Strafs-Barmen.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Zur Behandlung der Ekzeme mit Myrtillextrakt (Myrtillin WINTERNITZ) von KARL ULLMANN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 41.) WINTERNITZ berichtete vor einem halben Jahre über sehr günstige Erfolge bei der Behandlung von Ekzemen mit einem eingedickten Heidelbeerextrakt. Dasselbe wird auf die Haut dick aufgetragen, eine dünne Watteschicht darüber gelegt und das Ganze mit einer Binde befestigt. Bei nässendem Gesichtsekzem thut man gut, Reismehl darüber zu streuen. Statt des Watteverbandes hat Verfasser auch einen Epiderminzusatz benutzt. Täglich wird die kranke Fläche mit $^1/_2$%iger Kochsalzlösung gereinigt und mit Alkohol oder Franzbranntwein entwässert. Hundert Fälle hat Verfasser in der H. HEBRAschen Poliklinik mit Myrtillin behandelt und berichtet jetzt über die gemachten Erfahrungen. Siebzig Fälle betrafen Ekzeme, die anderen juckende Hautleiden, Hyperkeratosen, Psoriasis, lokale Schwielenbildung, Brandwunden ersten und zweiten Grades. Unter den Ekzemen waren es vorzugsweise Gewerbeekzeme, dann mykotische Ekzeme, endlich idiopathische und artifizielle. Die Ergebnisse blieben in Bezug auf Heilung doch hinter den Erwartungen zurück.

Gewerbeekzeme, besonders stark schuppende, erfuhren eine vorübergehende Besserung, nässende, bläschen- und pustelbildende Formen auch das nicht. Günstiger

beeinflufst wurden die Schwielen- und Rhagadenbildungen bei Finger- und Fufsekzemen.

Mykotische Ekzeme besserten sich, die Schuppenbildung schien nachzulassen, aber niemals kam eine wirkliche Heilung zu stande. Eccema intertrigo scroti und Scrotaleccema wurden gar nicht günstig beeinflufst. Besser war der Erfolg bei der Mykosis flexurarum, besonders wo Schuppung und Hautverdickung bestand. Günstig wirkte das Myrtillin auf seborrhoische Gesichtsekzeme der Kinder, nicht in demselben Mafse auf die Seborrhoe Erwachsener.

Akute idiopathische Ekzeme, akute Dermatitiden, sog. trophische Ekzeme, Psoriasis wurden alle durch Myrtillin gar nicht oder nur ganz vorübergehend gebessert. Es sind also als wirkliche Indikationen für Myrtillin nur das Eccema squamosum verschiedenen Ursprungs und das seborrhoische Gesichtsekzem der Kinder zu nennen.

Brandwunden ersten und zweiten Grades heilten in drei Fällen unter Myrtillin sehr gut und schnell.

Verordnet wurde dasselbe in folgenden Formeln:

Extract. bacc. Vaccin. Myrt. depurat.	50,0
Epidermin	10,0—15,0
Extract. bacc. Vaccin. Myrt. depurat.	50,0
Resina Myrrhae	2,0

Der Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

Das Myrtillextrakt ist kein Specificum gegen Ekzeme. Vorteil sieht man nur bei Rötung, Schuppung, schwieliger Verdickung infolge chronischer Ekzeme an unbehaarten Körperstellen und bei seborrhoischen Gesichtsekzemen der Kinder.

Hautmykosen, juckende Hauterkrankungen werden wenig oder vorübergehend nur beeinflufst.

Schwielen und chronisch entzündliche Infiltrate werden durch das Mittel erweicht.

Bei Brandwunden ersten und zweiten Grades ist die Wirkung eine überraschend schnelle und angenehme.

Der wirksame Bestandteil des Extraktes ist wahrscheinlich ein gerbsäurehaltiger Pflanzenstoff; er besitzt ausgesprochene antizymotische Eigenschaften. Aufserdem wirkt das Extrakt adstringierend, keratoplastisch.

Jede reizende oder toxische Eigenschaft fehlt dem Mittel.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gegen das **Ekzem** empfiehlt Rotter (23. Kongrefs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie) eine Salbe, die folgende Formel hat:

℞ *Formalini*	0,25
Zinci oxydat.	
Talci	ā 25,0
Vaselini	50,0

(Aus *Jahrb. f. prakt. Med.* 1895. S. 449.) *C. Berliner-Aachen.*

Klinische Bemerkungen über Psoriasis, von D. Bulkley. (*Trans. of the med. Soc. of the State of New York.* 1895.) B.'s Statistik weist einen Prozentsatz von 4% von Psoriasisfällen bei einem Material von rund 10000 Fällen verschiedener Hautaffektionen auf. Das männliche Geschlecht ist beträchtlich schwerer belastet, als das weibliche (212 gegen 154), und zwar besonders in der Altersperiode vom 15. bis zum 20. Jahre. Bezüglich der Natur der Psoriasis hält Verfasser diese Affektion keineswegs für eine rein lokale, sondern er ist überzeugt, dafs sie durch innere Ursachen bedingt wird. Am häufigsten fand Verfasser die Affektion kombiniert mit

der harnsauren Diathese, dann mit Rheumatismus, Schwächezuständen, „strumöser" Konstitution. Er legt grofsen Wert auf die Untersuchung des Harns, indem er aufserordentlich häufig Hyperacidität konstatierte; in diesen Fällen zeigte dann die Eruption einen ausgesprochen kongestiven Charakter mit Brennen und Jucken im Gegensatze zu dem indolenten Verlaufe des Exanthems bei Kachektischen oder „Strumösen". Als Ursache für die Entstehung der Eruption betrachtete B. die Hyperacidität der Körpersäfte. Danach richtet er dann auch die Therapie ein, wobei ihm die Harnbeschaffenheit als Wegweiser dient. Alkalien werden meist indiziert sein. Von anderen innerlichen Medikamenten, die je nach den Fällen ihre Anwendung finden, erwähnt er den Arsenik, das Colchicum, den Akonit, ferner das Wasser, welches, in grofsen Mengen genommen, Blut und Urin verdünnt und die Acidität herabsetzt. Mächtige Adjuvantien bilden die Diät (reizlose Kost, Enthaltung aller Alkoholica), hygienische Mafsnahmen (mäfsige Übungen, Tragen reiner Wolle, Aufenthalt in warmen Gegenden, Bäder). Bei alledem darf aber die lokale Therapie nicht vernachlässigt werden. *C. Müller-Bern.*

Über einen Fall von Impfpsoriasis, von Rioblanc. (*Lyon méd.* 1895. No. 36.) Ein 22jähriger Bäcker war anläfslich der Rekrutierung wiedergeimpft worden. Die Impfpusteln entwickelten sich in normaler Weise; statt aber zu vernarben, trockneten sie zu persistierenden, stets wiederkehrenden Krusten ab, welche genau den Impfstellen entsprachen (drei auf jedem Arm). Ähnliche Effloreszenzen traten dann auch an anderen Körperstellen auf (Ellenbogen, Thorax, Beinen), überall dasselbe Aussehen gewährend: Fehlen jeder Sekretion, rundliche Form, trockene, glänzende, nicht fest adhärierende Schuppen, die von einer erythematösen Zone umgeben sind; mit einem Worte: typische Psoriasisplaques. Als ätiologische Momente konnten nur drei berücksichtigt werden: Diathese, Trophoneurose, Parasitismus; von diesen kann der letztere ausgeschlossen werden, dagegen sprach alles für eine ausgesprochene Prädisposition des Individuums, indem derselbe Alkoholiker war, von alkoholischen Eltern abstammte, früher Hautaffektionen, Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte. Die Impfung wirkte hier als Trauma auf einem vorbereiteten Boden, ähnlich wie die Nadelstiche in den Experimenten von Köbner oder die accidentellen Traumen in den Mitteilungen von Hebra und Neumann.

Derartige Fälle sind sehr selten, und vermochte Moulinet in seiner Dissertation (Paris 1884) nur sieben weitere Fälle aus der Litteratur zusammenzustellen.

C. Müller-Bern.

Beiträge zur Psoriasis unguium, von Max Radt. (Inaug.-Dissert. Leipzig. 1895.) Nach einer Übersicht aller Litteraturangaben über Nagelveränderungen bei Psoriasis berichtet Verfasser über seine unter Jadassohn und Neisser gemachten Beobachtungen, die er in vier Gruppen einteilt:

1. Fälle von Psoriasis mit sekundären Veränderungen der Nägel, die nichts Charakteristisches haben.
2. Fälle von Psoriasis mit Tüpfelerkrankung (Schütze) der Nägel.
3. Psoriasisfälle ohne Nagelerkrankung.
4. Tüpfelerkrankung der Nägel bei anderen Hautaffektionen.

Zur ersten Gruppe gehören drei Fälle, darunter einer von Kombination der Psoriasis (?) mit Arthritis deformans, zur zweiten zwölf typische. Die dritte Gruppe ist natürlich sehr grofs, es sind 56, im einzelnen nicht aufgeführte Fälle. Interessant sind die fünf Fälle der vierten Gruppe, bei denen Ekzeme oder Seborrhoe bestanden.

Verfasser will die Nagelveränderungen bei Psoriasis in zwei Gruppen ordnen; die eine soll alle nicht typischen, auch bei anderen Hautleiden vorkommenden Anomalien umfassen, die zweite die Tüpfelpsoriasis (Schütze), welche Besnier als état

pointillé bezeichnet. Brocq charakterisiert die Affektion als „ponctuations, érosions cupuliformes, disseminées".

Es handelt sich nach Verfasser, der den Ausdruck „Grübchenpsoriasis" für den passendsten halten würde, um eine gröfsere oder kleinere Anzahl bald in Querreihen nebeneinanderstehenden, bald unregelmäfsig über einen Teil oder über die Gesamtoberfläche der Nagelplatte verteilten kleinster, grübchenförmiger Vertiefungen an der Oberfläche des Nagels, die selbst im übrigen ganz normal oder auch noch nebenbei rissig gefurcht, gestrichelt etc. sein kann. Die von Schütze angegebenen roten Punkte an der Lunula hat Verfasser nicht gesehen.

Was die Häufigkeit der Nagelveränderungen betrifft, so wurden sie unter 71 Fällen 15 Mal (= 21%) gefunden. Meistens bestehen auch sonstige Psoriasisflecken an den Händen, in einzelnen Fällen war auch typische Psoriasis palmarum vorhanden. Die Tüpfelbildung als pathognomonisches Symptom der Psoriasis zu bezeichnen, geht nicht an, jedoch ist sie bei derselben auffallend häufig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von alter Psoriasis, behandelt mit Thyreoidextrakt, von H. R. Prebce-Birkenhead. (*Brit. med. Journ.* 30. März 1895.) Nach den Angaben der 26jährigen Patientin existiert der Hautausschlag, solange sie sich eben erinnern kann. Unter der Thyreoidbehandlung und Beobachtung diätetischer Verhaltungsmafsregeln wurde vollständige Heilung erzielt. *C. Berliner-Aachen.*

Über Psoriasisbehandlung, von Max Joseph. (*Dtsch. Ärztestg.* 1895. No. 15.) Aus dieser kurzen Übersicht der Psoriasistherapie sei hervorgehoben, dafs Verfasser gleich nach Chrysarobin und Pyrogallussäure das Gallanol empfiehlt, welches auch 10%ig in Traumaticin oder als Salbe gegeben wird. Arsenik wird intern als Sol. acid. arsenic. (0,5 : 100,0, dreimal 10—20 Tropfen, allmählich steigernd) oder in Form der asiatischen Pillen, subkutan als Sol. Natr. arsenic. (0,1 : 10,0, ½—1 Spritze) gegeben. Das Jodkalium steht dem Arsenik an Wirksamkeit nach. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Thyreoidbehandlung bei Ichthyosis, von A. Nobbs-Morpeth. (*Brit. med. Journ.* 30. März 1895.) Der 46jährige Patient litt an typischer Ichthyosis. Die Haut war überall trocken, sogar in der Perineal- und Axillargegend, am Stamm sich in grofsen Blättern abschuppend. An den Gelenken der oberen und unteren Extremitäten sieht man zahlreiche schmutzig-grünliche, verschieden grofse Schuppen. Dieselben haften fest und hinterlassen, wenn sie gewaltsam abgerissen werden, eine trockene, weifse, schuppige Basis. Der Patient war gelähmt und konnte nur im Bette behandelt werden. Die Thyreoidmedikation wirkte auf die ichthyotische Haut günstig ein. Nach mehrwöchentlichem Gebrauche wurde die Haut stellenweise so geschmeidig, wie die eines Kindes. Die Paralyse wurde durch die Behandlung nicht beeinflufst.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Pityriasis rubra, behandelt mit Thyreoidtabletten, von W. Scatchard. (*Brit. med. Journ.* 30. März 1895.) Das Leiden bei der 72jährigen, früher stets gesunden Frau begann im Dezember 1893 mit Jucken, Röte, Abschuppung der Haut der Beine und der Arme. Erst im August 1894 wurde, als der Zustand sich verschlimmerte, ein Arzt konsultiert. Das Allgemeinbefinden war bis dahin gut. Unter den zahlreichen äufserlich angewendeten Mitteln wich die Krankheit nicht, vielmehr wurde nach und nach der ganze Körper ergriffen. Von dieser Zeit an klagte die Patientin über Appetitlosigkeit und magerte stark ab. Arsenik half nichts. Die Behandlung mit Thyreoidtabletten, 1—4 täglich, führte, wenn auch anfangs unter ziemlich schweren Allgemeinerscheinungen, in wenigen Wochen Heilung des Hautleidens herbei. *C. Berliner-Aachen.*

Über Keratosis universalis multiformis (Pityriasis pilaris rubra Besnier, Lichen ruber acuminatus Kaposi), von Prof. G. Lewin-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 37 u. 38.) Der Fall, den L. beschreibt, ist schon in der dermatologischen Vereinigung vorgestellt und darüber referiert worden. L. hat an dem Fall noch verschiedene Untersuchungen angestellt und kommt zu folgenden Resultaten: Die von Besnier unter dem Namen Pityriasis rubra pilaris beschriebene Krankheit ist keine neue Krankheit, sondern schon unter anderen Namen von mehreren Autoren publiziert, so auch von Kaposi unter Lichen ruber acuminatus. Der Lichen ruber Hebrae existiert insofern nicht, als es eine ohne Anwendung von Arsenik absolut tödliche, aber bei Anwendung desselben stets heilbare Hautkrankheit nicht giebt. Der Name Pityriasis rubra pilaris ist ebensowenig berechtigt, als Lichen ruber acuminatus; beides sind Keratosen und können ebenso wie die verschiedenen Phasen derselben unter dem Namen Keratosis universalis multiformis zusammengefafst werden. Für den Prozefs der Keratose spricht neben anderen klinischen Momenten auf der Haut auch die Vermehrung des Keratohyalins und Verminderung des Eleidins. Die Verminderung des Harnstoffs, die Vermehrung der Harnsäure im Urin, das Vorhandensein der Hippursäure in den Hautborken und ihr Verhältnis zur Keratose ist möglicherweise auf vermehrten Verbrauch des O in der vermehrten Bildung von Epidermis zurückzuführen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Beitrag zur Histologie der Keratosis pilaris, von Prof. Giovannini. (*Lo Sperimentale.* 1895. No. 34.) Die Untersuchungen beziehen sich auf zwölf Hautstücke vom Lebenden. Verändert zeigten sich allein die Haarfollikel und Talgdrüsen, während die Knäueldrüsen, die Epidermis und das Cutisgewebe sowie die Musculi arrectores pilorum stets normal gefunden wurden. Entzündliche Prozesse sind entweder gar nicht oder nur in geringem Grade vorhanden. Die Veränderungen an den Follikeln müssen als atrophische bezeichnet werden. Diese Atrophie erstreckt sich meist auch auf die Talgdrüsen, die zum Teil vollständig verschwunden sind; auch von den Follikeln selbst ist stellenweise nur noch der unterste Teil erhalten, welcher aber mitsamt der Haarpapille ebenfalls stark reduziert ist. *C. Müller-Bern.*

Über Favus, von Warminski. (*Nowiny Lekarskie.* 1894. No. 12.) Ein 21jähriger Schuhmacher war seit 15 Jahren von Favus des Kopfes affiziert. Dann kam eine Lues hinzu. Auf den Pigmentflecken, welche diese zurückliefs, entwickelte sich dann die primäre Affektion weiter, so dafs sich an allen Gliedern und am Rumpf zahlreiche Scutula ausbildeten. *C. Müller-Bern.*

Dubreuilh beschreibt (*Arch. clin. de Bordeaux.* 1895. No. 4) einen Fall von **Favus**, der gröfstenteils **das Scrotum** und die anliegenden Partien der Oberschenkel befallen hatte. Infektion wahrscheinlich durch ein Suspensorium, das mit einer favusverdächtigen Katze in Berührung gekommen war. Heilung in zwölf Tagen nach Jodtinktureinpinselungen. *C. Müller-Bern.*

Eine neue Behandlungsmethode des Favus mit kleinen und mittelgrofsen Scutulis beschreibt Jofrida. (*Rif. med.* 1895. No. 274 u. 275.) Dieselbe ist eine Modifikation der Methode von König (kranzförmige Incision) und besteht darin, dafs rings um das Scutulum eine bis auf das subkutane Gewebe reichende Incision gemacht und der Herd entfernt wird. Der Substanzdefekt wird mit 8%iger Chlorzinklösung kauterisiert, mit Jodoform bestäubt und mit Sublimatgaze austamponiert. Die beiden angeführten Krankengeschichten beziehen sich auf Patienten mit Favus des Rückens, also unbehaarter Regionen. *C. Müller-Bern.*

Klinische und anatomische Beobachtungen über die Trichophytiasis, von Rossi Giovanni. (*Morgagni.* Juli 1895.) Herpes tonsurans vesiculosus, maculosus und squamosus, ferner die Sykosis parasitaria, das Kerion, die Onychomykosis trichophytica und Pseudocarea werden an der Hand von 15 Fällen mit besonderer Berücksichtigung des Parasitenbefundes kurz beschrieben. Das Trichophyton tonsurans findet sich auch an der Palma manus und Planta pedis und ist nicht nur in allen Lagen der Epidermis, besonders im Stratum mucosum, in den drüsigen und appendikulären Gebilden, sondern auch im Bindegewebe und tieferen Schichten der Haut nachzuweisen.

H. Einhorn-München.

Giletti beschreibt einen höchst interessanten Fall von **primärer Trichophytie der Mundschleimhaut.** Befallen ist die Schleimhaut der Unterlippe, des harten Gaumens bis an die Grenze des weichen, des vorderen Teiles der Wangen; frei dagegen die Zunge, der weiche Gaumen, die Tonsillengegend, die Gaumenbögen, der Rachen und die Nasenhöhlen, ebenso die ganze äufsere Hautoberfläche. Keine subjektiven Beschwerden. Auf der Unterlippe präsentiert sich die Affektion als schmutzig-gelbliche zusammenhängende, geschichtete Schuppen, gegen die Mundwinkel hin als Herde weifser Punkte. Auf der übrigen Schleimhaut bilden die Mycelien teils punkt- und hirsekornförmige Erhabenheiten von weifslicher Farbe, teils Netze erhabener Fäden von derselben Farbe, die rundliche Felder gesunder Schleimhaut von 1—2 mm Durchmesser umfassen.

Die Therapie bestand in Einpinselungen der kranken Partien mit Jodtinktur. (Turin, Buchdruckerei Fodratti & Lecco. 1895. Zwei kolorierte Tafeln.)

C. Müller-Bern.

Über „Stomatitis aphthosa" („fibrinosa", „pyogenes" und „impetiginosa"), von Jadassohn. Bei einem Falle von aphthöser Mundentzündung bei einem einjährigen Kinde ergab die Kultur nur Staphylococcus pyogenes aureus. Die Überimpfung auf den Arm des Kindes erzeugte eine Pustel. Verfasser glaubt, dafs der hier in dem Krankheitsprodukt des Mundes allein gefundene Mikroorganismus der Erreger des Leidens ist, ebenso wie er die Impetigo vulgaris (staphylogenes) hervorruft. Der mikroskopische Befund bei den Aphthen und der Impetigo der Haut ist auch ein analoger, nur dafs auf der Schleimhaut das Bläschen fehlt und ein gröfserer Fibringehalt vorhanden ist. Es handelt sich also, wenn auch nicht bei allen, so doch bei vielen Aphthen um eine pyogene Stomatitis. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

b. *der Cutis.*

Experimentelle Untersuchungen über einige Fälle exotischer Trichophytie, von Courmont. (*Lyon méd.* 1895. No. 35.) C. demonstrierte Kulturen von parasitären Erkrankungen der Kopfhaut senegalischer Neger. In zwei Fällen wurde das Mikrosporon Audouini, in zwei anderen ein noch nicht beschriebenes Trichophyton endothrix konstatiert, von denen das eine den bekannten Typen ähnlich sah, das andere aber atypische Merkmale aufwies (ausschliefslich Mycelien im Innern des Haares).

C. Müller-Bern.

Serotherapeutische Experimente gegen die Infektionen durch die pyogenen Mikroorganismen und gegen das Erysipel, von C. Parascandolo. (*Lo Sperimentale.* 1894. Fasc. IV.) Die Kulturen der Eiterkokken (Staphylococcus pyogenes aureus, albus, citreus, Streptococcus pyogenes albus und erysipelatis) bilden auf gezuckerter Fleischbrühe (Verfasser) und auf einem Gemisch von Fleischbrühe mit menschlichem Blutserum oder Ascitesflüssigkeit (Roger) stark wirkende Toxine, durch deren Inokulation Tiere (Hunde, Kaninchen, Meerschweinchen) gegen die gewöhnlichen Eitererreger und gegen den Streptococcus erysipelatis immunisiert werden können. Die

verschiedenen Kokkenarten können gleichzeitig auf ein und demselben Nährboden kultiviert werden. Ihre Toxine haben die gleiche immunisierende Wirkung, und das Blutserum der immunisierten Tiere entfaltet gleichmäfsige Heil- und Präventivwirkung gegenüber den pyämischen und septischen Prozessen. Das Serum der durch die Toxine des Streptococcus erysipelatis immunisierten Tiere erweist sich als Schutz- und Heilserum gegenüber dem circumskripten Erysipel, wie gegenüber der Allgemeininfektion und der puerperalen Infektion, die nach Inokulation von Erysipelkokken auf die vorher verletzte Uterus-Mucosa in die Erscheinung tritt. Der Erfolg bleibt nur in den Fällen aus, in welchen der Organismus keine Reaktion mehr zeigt.

H. Einhorn-München.

Eine ungewöhnliche Form von Akne (Acne teleangiectodes exulcerans), von MAGNUS MÖLLER. (*Hygiea.* 1895. No. 2.) Die Krankheit kam bei einer übrigens gesunden, 53jährigen Witwe vor, die weder an Lues noch Alkoholismus leidet. Das Leiden fing in den Nasenlöchern an und erreichte in etwa drei Monaten seine volle Entwickelung; eine energische antisyphilitische Behandlung war ohne Erfolg geblieben. Das Leiden nahm die äufsere Nase vom untersten Rande der Nasenbeine ein und erstreckte sich 1 cm weit auf die Nasenschleimhaut hinauf; aufserdem fand sich ein kleiner Knoten an der linken Wange, am Kinn und hinter dem Ohr. Die affizierte Hautpartie war stark cyanotisch, schwammig, uneben geschwollen durch Zusammenfliefsen von etwa hagelgrofsen Knötchen, die von den Haarfollikeln ausgehen; ausnahmsweise entwickelten sich dieselben zu einer gewöhnlichen Aknepustel, in der Regel hielten sie sich lange Zeit unverändert oder gingen in runde schorfbedeckte Ulcerationen über. Nur geringe Besserung nach Behandlung mit Schwefel-, Resorcin- und Essigsäure-Präparaten u. a. m. und mit Skarifikationen. Von der Galvanokaustik wird besserer Erfolg erwartet. Die Differentialdiagnose zwischen Lupus, Syphilis und den verschiedenen Akneformen wird diskutiert. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Gegen voluminöse **Aknepusteln** verwenden HEBRA und ULLMANN eine Schälpaste nach folgendem Recept:

℞ *Bismuth. subnitrici*
Hydrargyr. praecipit. alb.
Ichthyol. ā 2,0
Vaselini 20,0
Mf. ungt.

DS. Vor dem Schlafengehen dick aufzutragen. (*Jahrb. f. pr. Med.* 1895. S. 450.)

Gegen **Akne des Gesichts** empfiehlt PURDON (*Dublin Journ. of med. scienc.* No. 8), abends das Oleum Ambrae einzureiben und morgens mit warmem Wasser und Seife abzuwaschen. (*Jahrb. f. prakt. Med.* Ibidem.) *C. Berliner-Aachen.*

Die Frage, **ob die Biskrabeule in der Provinz Bahia endemisch vorkomme**, beantwortet J. MOREIRA (*Ann. da soc. de Med. e cirurg. da Bahia.* 1895. No. 1) in bejahendem Sinne. Er ist auch überzeugt, dafs viele als Pian beschriebene Fälle in den Rahmen der Biskrabeule gehören. *C. Müller-Bern.*

Ein Karbunkel mit subkutanen Injektionen von Hydrargyrum bijodatum behandelt, von R. STONEY. (*Brit. med. Journ.* 4. Mai 1895.) Die Patientin ist eine 44jährige, zarte, schlecht genährte Frau, die zwischen beiden Schulterblättern, über der Wirbelsäule, eine von einem geröteten Hofe umgebene Pustel zeigte. Es wurden eine Incision gemacht und warme Kataplasmen verordnet. Der Zustand verschlimmerte sich jedoch in den nächsten Tagen bedeutend, weshalb Verfasser sich entschlofs, an der Peripherie des Karbunkels Injektionen von Hydrargyrum bijodatum

zu machen. Es wurden jedesmal $^1/_{16}$ Grain des Präparates injiziert, worauf ziemlich rasch Besserung und Heilung eintrat.

Verfasser glaubt, dafs das Hydrargyrum bijodatum ein weit wirksameres Antisepticum ist, als Sublimat. *C. Berliner-Aachen.*

Noch ein Fall von Milzbrand, von A. Johansen. (*Hosp. Tid.* 1895. No. 34.) Verfasser hat früher (*Hosp. Tid.* 1892. No. 50) zwei Fälle von Milzbrand mitgeteilt, auf welche gestützt er energische lokale Behandlung mit Excision des primären Focus und mit Incisionen in dem Ödem empfahl, da das Fortschreiten der lokalen Affektionen, des Fiebers und der übrigen Allgemeinsymptome auf eine so überraschende Weise aufhörte, dafs es nicht gut als ein blofses Ungefähr betrachtet werden konnte. Er teilt nun wieder einen ähnlichen Fall mit bei einem 45jährigen Manne, welcher bei der Obduktion einer Kuh assistiert und sich dadurch mehrere Milzbrandpusteln an der rechten Hand und am Unterarm mit darauffolgendem kolossalen, zum Teil brettharten Ödem des ganzen Armes und schwere generelle Zufälle zugezogen hatte. Nach zahlreichen (neun) langen und tiefen Incisionen durch das angegriffene Gewebe der Hand und des Armes samt mehreren (vier) Incisionen bis zur Fascie des angrenzenden gesunden Gewebes in der Achselhöhle und in der Regio deltoidea wurde der Prozefs ganz plötzlich begrenzt; es wurden darauf grofse nekrotische Massen von Haut und subkutanem Bindegewebe ausgestofsen; nach Verlauf eines Monats waren jedoch die Wunden gereinigt und nach weiteren drei Monaten geheilt. Nachdem später die Narbenzerrungen beseitigt waren, wurde die Arbeitsfähigkeit völlig restituiert. Verfasser meint, nach seinen Erfahrungen folgendes schliefsen zu können: „Bei Impfungsmilzbrand des Menschen scheint es, dafs Incisionen durch Haut und subkutanes Bindegewebe oberhalb der angegriffenen Partei das Fortschreiten der örtlichen Phänomene unterbrechen und eine tödliche allgemeine Infektion hindern können." *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Über einen Fall von Milzbrandinfektion, welcher wie eine Purpura verlief, berichten Jaworski und Nencki. (*Gaz. Lekarska.* 1894. No. 43.) Bei einer 36jährigen Frau, die sich bei einem verwandten Metzger aufgehalten hatte, trat in der Kniegegend ein kleiner Abscefs auf, der keine Tendenz zur Heilung zeigte und zu intensiven Allgemeinerscheinungen führte: Frost, Fieber, feuchte kalte Haut; der ganze Körper bedeckt sich mit verschieden grofsen, roten bis violetten Flecken, die bei Druck nicht verschwinden; aufgetriebener Leib, blutige Diarrhoen, Metrorrhagie; Urin spärlich, blut-, eiweifs- und cylinderhaltig. Tod am folgenden Tage. Im Blute fanden sich zahlreiche Milzbrandbacillen vor. Die Verfasser halten eine Infektion vom Darme aus als wahrscheinlich. *C. Müller-Bern.*

Milzbrandinfektion, klinisch Werlhofsche Krankheit vortäuschend, von J. v. Jaworski und Leo von Nencki. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 30.) Im Warschauer Hospital zum heiligen Geist wurde eine 36jährige Lehrerin aufgenommen, bei welcher aufserhalb des Spitals und in demselben die Diagnose: Morbus maculosus aufgestellt wurde. Die Patientin starb daselbst, nachdem sie im ganzen sechs Tage krank gewesen war. Die Sektion ergab zunächst nur, dafs es sich um einen akuten Infektionsprozefs handle, dessen Natur vorläufig nicht zu bestimmen war. Erst die bakteriologische Untersuchung der mit dem Blute angelegten Kulturen ergab die charakteristischen Anthraxbacillen. Das gleiche Resultat erzielten die an Tieren angestellten Impfversuche.

Ein Aufschlufs über die Entstehung der Krankheit war damit jedoch nicht gegeben. Der klinische Verlauf erinnerte am meisten an die Form von Anthrax des

Magen-Darmtractus. Auch die postmortalen Veränderungen machten sich in erster Reihe an den Abdominalorganen geltend; die Verfasser halten es daher für wahrscheinlich, dafs die Infektion auf dem abdominalen Wege stattgefunden habe. Doch stellen sie nicht in Abrede, dafs der Milzbrandbacillus, resp. seine Sporen in einer kleinen oberflächlichen Wunde am Knie seine Eingangspforte gefunden haben könne. Gegen die letztere Annahme scheinen zu sprechen: das Aussehen dieser oberflächlichen Läsion und die lange Dauer des örtlichen Prozesses beim Fehlen deutlicher Allgemeinerscheinungen.

Wichtig für die Pathogenese des Falles erscheint der Umstand, dafs die Kranke vor dem Auftreten der erwähnten oberflächlichen Läsion im Hause eines Metzgers sich aufhielt, hier also der Möglichkeit einer Milzbrandinokulation ausgesetzt war. Bliebe der Prozefs binnen einigen Wochen lokal, so konnte auf seine Generalisation eine bedeutende körperliche Ermüdung (Tanz) von Einfluſs sein, welcher die Patientin sechs Tage vor ihrem Tode sich ausgesetzt hatte.

Die Verfasser halten den Fall nach zwei Richtungen für bemerkenswert: erstens bestätige er die Thatsache, dafs Mikroorganismen (wie hier Bacillus anthracis), die eigentlich keine Blutung erregen, unter gewissen Bedingungen solche hervorrufen können, zweitens könne der Weg, auf dem hier die Allgemeininfektionen stattgefunden habe, trotz genauer Nachforschung mit Sicherheit nicht ermittelt werden.

Neuhaus-München.

Abortiver Fall von Polymyositis parenchymatosa acuta im Anschlufs an Ulcus gangraenosum penis, von Carl Otto-Kopenhagen. (*Hosp. Tid.* 1895. S. 497.) Bei dem 22jährigen Patienten, welcher auf die Abteilung des Prof. Haslund mit Ulcus gangraenosum penis und Phimosis eingelegt wurde, entwickelte sich sehr akut anderthalb Tage nach der Aufnahme eine bedeutende Geschwulst der ganzen linken Hand mit Schmerzen und Empfindlichkeit längs der Flexorensehnen des linken Antibrachiums; kurz danach trat eine sehr bedeutende Geschwulst, den Ursprungsstellen der Radial- und Extensorgruppe an demselben Arme entsprechend auf; die Haut über diesen Stellen war rot und gespannt, wie bei einer diffusen Phlegmone. Aufserdem war der ganze rechte Arm stark geschwollen, besonders um das Ellenbogengelenk, wo die Haut in der Plica cubiti gespannt und mit hyperämischen, zum Teil hämorrhagischen Flecken besetzt war. Die Finger an beiden Händen konnten nicht ausgestreckt werden, und jede Bewegung derselben war schmerzhaft; es war Parästhesie des rechten ersten und zweiten Fingers vorhanden, aufserdem Schmerzen und Empfindlichkeit dem rechten Musculus quadratus lumbalis entsprechend und an der Aufsenseite des linken Schenkels, aber ohne Geschwulst. Der Allgemeinzustand war leidend, Temperatur sowohl morgens als abends zwischen 39,4—39,6, aber kein Schüttelfrost; keine Milzgeschwulst, noch Albuminurie. Alle Krankheitssymptome waren aber schon im Verlaufe von drei Tagen geschwunden, die Parästhesien der Finger abgerechnet, welche sich erst 2—3 Wochen später verloren. Patient wurde mit Salicyl und Antipyrin samt Bleiwasserumschlägen behandelt. Das gangränöse Ulcus penis war noch im Zunehmen, als die übrigen Symptome geschwunden waren, und machte eine Spaltung des Präputiums nötig. Patient hatte keine Blennorrhoe. Verfasser, welcher die akute, parenchymatöse Polymyositis als auf einer Infektion beruhend auffafst, vermutet, das gangränöse Ulcus wäre die Eingangsöffnung derselben gewesen, wie bei näherer Untersuchung der publizierten Fälle dieser Krankheit man beinahe immer irgend eine Affektion soll nachweisen können, welche als Invasionsstelle betrachtet werden kann.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Bemerkungen zur Therapie des Ulcus molle, von Prof. A. Neisser-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 36.) N. empfiehlt, wie v. Heiff, beim Ulcus molle

Karbolsäureätzungen, welche den Argentum nitricum-Ätzungen vorzuziehen sind, indem dadurch eine künstliche harte Infiltration vermieden wird, was wiederum sowohl für die Prognose, als für die Therapie von Wichtigkeit ist. Nach der Karbolätzung applizierte N. gewöhnlich eine 1%ige Jodoformsalbe, oder er streut sehr vorsichtig Jodoform oder gießt Jodoformäther auf und bedeckt das Ganze mit Argentum nitricum (2%), Perubalsam (20%) Salbe. Den Jodoformgeruch kann man auf diese Weise vollkommen verdecken. Von den als Ersatzmittel für Jodoform empfohlenen Pulvern hat er nur das Europhen und das Thioform als einigermaßen brauchbar gefunden, doch haben auch diese nicht die spezifisch beeinflussende Wirkung des Jodoforms. — In vier Fällen hat N. das Ulcus molle provokatorisch als den Ausgangspunkt eines tertiären Syphilisrecidivs betrachtet. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Behandlung der nicht suppurierten Bubonen empfiehlt Rondelli (*Gas. med. di Torino.* 1894. No. 18) **intraglanduläre Injektionen von Terpentinöl** mittelst ganz feiner Kanüle. Nach einigen Tagen tritt Eiterung ein, und der Tumor kann incidiert werden. *C. Müller-Bern.*

Zur Ätiologie der Bubonen, von Rille-Wien. (Autorreferat.) Ricord hat zuerst dem sympathischen oder nicht-virulenten Bubo mit nicht haftbarem Eiter den symptomatischen oder virulenten mit positivem Impfergebnis gegenübergestellt. Die Existenz des letzteren wurde schon von Astley Cooper, namentlich aber 1879 von Gustaf Trägårdh bezweifelt, welcher gleichwie 1885 Straus annahm, daß das Schankervirus niemals bis in die Lymphdrüsen gelange, sondern erst nach Eröffnung des Bubo von dem Genitalgeschwüre zufällig übertragen werden könne und so den „schankrösen" Drüsenabscefs hervorbringe. Straus bezog sich auf 42 negative Impfungen, sowie auf das Fehlen jedweder Mikroorganismen im adenitischen Eiter.

Horteloup mußte ihm mit Recht die Frage gegenüberstellen, wie dann ein virulenter Bubo, der nach bereits längst abgeheiltem Schankergeschwür auftritt, zu erklären sei, und Diday meinte, daß Straus rein durch Zufall nur negative Resultate erzielt und, auf ein zu kleines Beobachtungsmaterial gestützt, zu voreilige Schlüsse aus demselben gezogen habe. Dieser Vorwurf trifft noch spätere Untersucher, so Ducrey, Spietschka, den Vortragenden[1] selbst, welche sämtlich, auf etwa 40 Fälle gestützt, den virulenten Bubo förmlich negiert haben. Allerdings scheint hier der Zufall eine hervorragende Rolle zu spielen. Während Straus unter 42, Poelchen unter 23, Spietschka unter 46, Rille zu Beginn seiner Versuche unter 35 Fällen keine einzige Haftung erzielten, hatten andere in großen Versuchsreihen eine verschwindend kleine Zahl positiver Resultate (Bref 140 : 4, Janovsky 102 : 3, Menut 70 : 6), wogegen eine dritte Reihe meist älterer Experimentatoren wieder einen kolossalen Prozentsatz positiver Impfresultate aufweisen (Ricord 618 : 280, Debange 83 : 63; aus neuerer Zeit Hoffmann von der Klinik Wolff 6 : 2, Krefting 7 : 2, Dubreuilh und Lasnet 109 : 66). Unter 2117 Inokulationen, die Rille aus der Litteratur zusammengestellt und die von 22 Autoren vorgenommen worden, waren 609 positiv, also 28%. Wie selten mitunter auch in großen Beobachtungsreihen die Impfung positiv ausfällt, um dann wiederum in gehäufter Zahl vorzukommen, zeigt deutlich die Hintereinanderstellung von Rilles Ziffern. Es wurden im ganzen 100 Impfungen vorgenommen; erst Versuch 36 fiel positiv aus, ebenso wenige Tage später Versuch 41, desgleichen bald darauf Versuch 45 und 51, später 55 und 63, worauf wieder eine Reihe negativer Inokulationen, folgt bis auf die positiven in Versuch 82 und 97, also 8% virulente Bubonen. War das Resultat ein positives, so zeigte es sich nach

[1] Wien. dermatol. Gesellsch. 30. Januar 1895.

der typischen Inkubationszeit des venerischen Geschwüres in 24 bis 48 Stunden, was gewifs nicht mit solcher Regelmäfsigkeit eingetroffen wäre, wenn es sich blofs um zufällige Infektion vom Genitale gehandelt hätte. In einem der positiven Fälle handelte es sich gleichwie in dem viel citierten Falle Hortelours um eine erst 14 Tage nach Abheilung des Schankergeschwürs aufgetretene Drüsenvereiterung. Da Ricord den virulenten Eiter im Innern der Drüse vermutet und die mangelnde Haftung auf periadenitischen Eiter bezieht, wurden allemal drei Impfstiche angebracht, sowohl mit dem eben hervorquellenden, als auch mit dem aus der Tiefe stammenden Eiter, wobei sich aber blofs ein einziges Mal eine diesbezügliche Differenz ergab. Da ferner Aubert sich vorstellt, dafs die Virulenz des Eiters steige, wenn sein Temperaturgrad erniedrigt wird, was bei Incision des Bubo ja erfolgen mufs, wurde in ein paar Fällen auch die offene Wundbehandlung in Anwendung gezogen und noch mehrere Tage nach der Operation zu wiederholten Malen abgeimpft, ohne Erfolg. Im Bubeeiter, welchen die Inokulation als nicht-virulenten erwies, hat sich auch nicht ein einziges Mal der Ducreysche Bacillus vorgefunden, jedoch konstant im überimpfbaren Eiter, sowie in den aus diesem hervorgegangenen Impfpusteln und Impfgeschwüren, ohne auch nur eine einzige Ausnahme, im virulenten Eiter allein ohne jede Beimengung, im Pusteleiter dagegen noch neben anderen kleinen Doppelkokken, möglicherweise identisch mit den von Dubreuilh und Lasnet beschriebenen Satelliten des Ducreybacillus. Ducreysche Bacillen fanden sich auch in einem excidierten Bubeimpfgeschwür, sowie in exkochleierten Drüsenpartikeln. Im nicht-virulenten Bubeeiter fand R. tinktoriell niemals irgendwelche Mikroorganismen, dagegen kulturell in einigen wenigen Fällen den Staphylococcus pyogenes aureus und albus, wohl zufällige Verunreinigungen. Eine offene Frage bleibt, ob im klinischen Bilde des virulenten und nicht virulenten Bubo ein Unterschied bestehe. Nach seinen bisherigen Erfahrungen würde sich der Vortragende im einzelnen Falle nicht getrauen, vorauszusagen, ob der betreffende Abscefs haftbaren bacillenartigen Eiter führe oder nicht.

Malherbe giebt eine ausführliche Beschreibung des klinischen und histologischen Bildes der **Mykosis fungoides**. Zur Behandlung werden folgende Vorschriften angegeben: Tonica, Enthaltung von allen reizenden Speisen und Getränken (Kaffee, Thee, Alkoholica, Käse, Fisch, Wild, gesalzenes Fleisch etc.), Gebrauch von Milch, Gemüsen, gekochtem Fleisch. Gegen das Jucken: innerlich Karbolsäure; äufserlich Salben aus Karbol- oder Salicylsäure 1—2%. Vollbäder mit angesäuertem Wasser, heifse Waschungen mit Chloral, Pyrogallol 5—10%. Sublimat- und Arsenikinjektionen haben dem Verfasser nur negative Resultate geliefert. (*Progrès méd.* 1895. No. 39.)

C. Müller-Bern.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Verhütung der blennorrhoischen Urethralinfektion, von A. Neisser. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1895. No. 69.) Die üblichen Mittel zur Verhütung der blennorrhoischen Infektion des Mannes sind bis auf das Kondom wenig zureichend; das Einfetten des Gliedes, gegen Ulcus molle und Syphilis wohl in gewissem Grade schützend, nützt gegen Blennorrhoe ebensowenig, wie das Urinieren nach der Kohabitation. Eine Handhabe für das einzuschlagende Verfahren bietet die Credésche Methode zur Verhütung der Conjunctivitis blennorrhoica neonatorum. Es hat nun Dr. Blokusewski diese Methode für die Urethra nutzbar zu machen gesucht, indem er empfiehlt, 1—2 Tropfen einer 2%igen Argentum-nitricum-Lösung in die Uretha gleich nach der Kohabitation einzuträufeln, indem man dieselbe durch Fingerdruck klaffend macht. Ein dritter Tropfen soll über das Frenulum fliefsen, um etwa da haften gebliebene Gonokokken

unschädlich zu machen. Blokuszewski hat nun eine kleine, in der Tasche zu tragende Metallbüchse konstruiert, welche im Innern ein kleines Tropfglas enthält, welches bei Druck auf die obere kleine Kautschukplatte einen Tropfen entleert. Diese Vorrichtung hält Neisser für sehr geeignet. Die 2%ige Lösung macht keine Beschwerden; durch eine schwächere darf sie, wie Versuche lehren, nicht ersetzt werden. Neisser empfiehlt diese prophylaktsche Maßnahme auf das wärmste. Ob die Verhütung blennorrhoischer Infektion auch durch prophylaktische Ausspülungen der Infektionsträgerinnen mit gonokokkentötenden Mitteln in nennenswerter Weise bewirkt werden kann, ist dem Verfasser zweifelhaft; sicherer ist es jedenfalls, die Blennorrhoe bei den Puellis publicis durch mikroskopische Untersuchung zeitig festzustellen und zu behandeln. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Forensische Blennorrhoe-Fragen, von A. Neisser. (*Ärztl. Sachverst.-Ztg.* 1895. No. 12.) Verfasser teilt ein Gutachten mit, das er in einem Falle abzugeben hatte, in welchem gegen einen jungen Mann, der ein junges Mädchen blennorrhoisch infiziert hatte, Klage erhoben war. Der Verteidiger bestritt die Beweiskraft des von dem Arzte des Mädchens abgegebenen Gutachtens, da die Diagnose Blennorrhoe ohne mikroskopische Untersuchung gestellt war. Neisser hatte folgende Fragen zu beantworten:

1. Läßt sich das Vorhandensein von Tripper mit Sicherheit nur durch mikroskopische Untersuchung feststellen? Neisser bejahte diese Frage allerdings mehr aus persönlichem Vertrauen auf die Tüchtigkeit des betreffenden Arztes. Er würde persönlich es nicht wagen, ohne Gonokokken festgestellt zu haben, mit Sicherheit die Diagnose Blennorrhoe auszusprechen. Er erinnert an den von ihm 1893 in der *Dtsch. med. Wochenschr.* publizierten Fall, indem ein Mann sich von seiner Frau scheiden lassen wollte, weil er glaubte, von ihr mit Blennorrhoe infiziert worden zu sein. Das Mikroskop ergab ein konstantes Fehlen von Gonokokken in dem Sekrete seiner Urethra.

2. Zu welchem Zeitpunkte nach der Infektion tritt bei weiblichen Erkrankten der Tripper hervor, und wann spätestens nimmt er solchen Umfang an, daß er der damit behafteten Person ihren krankhaften Zustand zu Bewußtsein bringt? Neisser glaubt, den Zeitpunkt nicht bestimmen zu können, da die Lokalisation und der Verlauf der Blennorrhoe beim Weibe sehr verschieden sind und dieselbe auch monatelang unbeachtet bleiben kann. — Dazu bemerkt der Verfasser, daß er nicht denen beipflichten kann, welche annehmen, daß chronische Blennorrhoe nur unscheinbare Blennorrhoen erzeugen; sie können vielmehr ganz akut verlaufende Blennorrhoen hervorrufen.

3. War die Erkrankung der Zeugin November 1893 nur durch Infektion erzeugter Tripper? Neisser konnte das nicht mehr feststellen, da keine Gonokokken mehr zu finden waren.

4. War der Angeklagte, sofern sein gegenwärtiger Zustand eine solche Feststellung gestattet, August 1893 an Tripper erkrankt? Das hält Neisser für sehr wahrscheinlich, da derselbe noch an chronischer Blennorrhoe leidet. Gonokokken könnten noch nachgewiesen werden, wenn auch nur mikroskopisch, nicht kulturell. Auf das Gelingen der Kulturen kann bei chronischer Blennorrhoe, zumal bei der Schwierigkeit des Verfahrens, kein besonderer Wert gelegt werden. Allerdings giebt Neisser zu, daß bei spärlichen Gonokokken die mikroskopische Diagnose nicht immer eine absolut sichere ist.

Zum Schluß betont Verfasser, daß man keineswegs annehmen könne, der Infizierende hätte das Bewußtsein gehabt, daß er damals krank gewesen sei. Solche

chronische Blennorrhoe ohne subjektive Beschwerden werde von Laien und auch von vielen Ärzten für etwas Harmloses gehalten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Blennorrhoe des Weibes, von KLEIN-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 23—24.) Aus der ausführlich und doch recht übersichtlich gehaltenen Arbeit sei folgendes hervorgehoben: Für die Pathologie des Trippers sind die neueren Arbeiten WERTHEIMS von reformatorischer Bedeutung geworden, denn sie beweisen, dafs der Gonococcus nicht nur in Cylinderepithel, sondern auch in das einschichtige kubische Peritonealepithel, in mehrschichtiges Epithel, ja sogar in Bindegewebe entzündungserregend einzudringen vermöge. So erklärt sich ohne Zwang das Vorkommen der Vulvitis, Kolpitis, Peritonitis und Parametritis bei blennorrhoischer Infektion, auch ohne Hinzutreten anderer Bakterien. Sehr bemerkenswert ist aber, dafs offenbar eine gewisse Prädisposition für Blennorrhoe individueller Art besteht. Die Wege der Infektionsverbreitung sind verschieden. Der Gonococcus kann in der Kontinuität von der Vulva durch Scheide, Uterus und Tuben zum Bauchfell gelangen; er kann aber auch auf dem Lymphwege quer durch den Uterus hindurch unmittelbar zum Peritoneum oder von der Tubenschleimhaut zu einem anliegenden Ovarium gelangen; und endlich können Tripperpilze durch das Blut in entfernte Organe gebracht werden. Namentlich ist es möglich, dafs durch eingreifende örtliche Behandlung Gewebe verletzt und die Gonokokken in die Blutbahn gebracht werden. Die Misch-Infektionsfrage wird wohl von KLEIN besprochen, aber kein neues klärendes Moment beigebracht.

Was die Ansiedelung der Gonokokken betrifft, so können durch sie nach den bisherigen Befunden auch die Schleimhaut des Mundes, der Nase, des Mittelohrs eine blennorrhoische Infektion erleiden; auch Mastitis, Cystititis, und Proctitis können durch die Gonokokken verursacht werden; die blennorrhoische Proctitis kann sogar ulcerōse und narbige Zerstörungen der Rectum-Schleimhaut im Gefolge haben.

In der Frage nach der Häufigkeit der blennorrhoischen Infektion bei Frauen hält KLEIN die von SCHWARZ und SÄNGER aufgestellte Annahme, dafs etwa 12% aller Frauen, die den Gynäkologen aufsuchen, blennorrhoisch seien, für zu niedrig gegriffen. Besondere Berufsklassen liefern sicher einen viel höheren Prozentsatz; die Prostituierten hält er mit JADASSOHN und anderen alle für blennorrhoeverdächtig.

Bei seinen therapeutischen Vorschlägen betont Verfasser besonders das Prinzip der körperlichen und therapeutischen Schonung. Wenngleich in erster Linie dasselbe für die frischen Formen Geltung habe, so sei dasselbe doch auch unter Umständen bei chronischen Erkrankungen erforderlich, namentlich dann, wenn die Uterus-Adnexe mit erkrankt sind. In solchen Fällen, welche durch hartnäckigen Bestand sich auszeichnen, bei denen aber das Vorhandensein von Eiterherden ausgeschlossen werden kann, hat sich KLEIN wiederholt eine Therapie bewährt, welche mit der LEUBEschen Behandlung des chronischen Magenkatarrhs manches Gemeinsame hat; sie besteht in wochenlanger, vollkommener Bettruhe und bei fehlendem Fieber in der systematischen Verwendung heifser Breiumschläge.

Überhaupt erscheint es KLEIN möglich, dafs eine Reihe von Operationen eingeschränkt werden, welche in der Entfernung einzelner Organteile oder Organe bestehen, also das Weib zum Teil verstümmeln.

Die je nach den Lokalisationen auszuübenden örtlichen Mafsnahmen entsprechen den gegenwärtig überall üblichen Verfahrungsweisen.

Bei Besprechung der Lokalisation der Blennorrhoe im Cervix und im Uterus hebt KLEIN hervor, dafs die Erosionen der Portio überhaupt meist blennorrhoischen Ursprunges seien; ebenso hält er die Mehrzahl der chronischen Endometritiden, die

sich in der Zeit des Geschlechtslebens nicht an Aborte oder Wochenbettfieber anschliefsen, für blennorrhoisch.[1]

Am Schlusse berücksichtigt Verfasser auch die Bedeutung der Blennorrhoe in der Ehe, ihre diskreten Folgen, sowie die späteren, wie Spätinfektionen im Wochenbett, Sterilität in 8,8%. Er betont endlich den Wert der durch Wertheims Versuche gebrachten Aufklärung gegenüber der alten klinischen Erfahrung, dafs ein Ehepaar sich scheinbar an den gemeinsamen Tripper gewöhnt hat, während ein unberufener Dritter sofort Tripper erwirbt. Es stellte sich heraus, dafs bei chronischer Blennorrhoe eine zweite, frische erworben werden kann, jedoch pafst sich die Schleimhaut an ihre eigenen Gonokokken in gewissem Grade an. Haben aber die Gonokokken ein anderes Individuum passiert, werden sie für ihren ursprünglichen Nährboden wieder infektiös. Andererseits kann der Tripper des Mannes in der Ehe aufflackern, wenn derselbe sein vorher gesundes Weib infiziert hat; die Infektion der Frau bewirkte eben Reinfektion des Mannes. Hier wäre die Ansicht Neissers und Wertheims zu berücksichtigen: „Es giebt weder eine abgeschwächte Virulenz der Gonokokken im Organismus, noch eine Immunnität gegen Blennorrhoe." *Neuhaus-München.*

Was ist Blenorrhoe beim Weibe? von J. A. Lyons. (*Americ. med.-surg. bull.* 1895. No. 9.) Ein nachdrücklicher Hinweis auf den Ernst jeder blennorrhoischen Infektion beim Weibe und die häufigen, schweren Folgen der fast allgemein üblichen Nachlässigkeit in der Behandlung. Wo immer der Gonococcus Neisser in Sekretionen der weiblichen Genitalorgane gefunden wird, handelt es sich um Blennorrhoe. In jedem Falle von noch so geringem Ausflufs aus Urethra oder Cervix, von geringer Rötung des Orificiums urethrae oder der Ausmündungsstellen der Ausführungsgänge der Bartholinischen Drüsen mufs das Sekret zur Feststellung der Diagnose mikroskopisch untersucht werden; ganz besonders natürlich, wenn es sich um die Ausstellung eines Gesundheitszeugnisses handelt (Mitteilung von fünf Krankengeschichten). Blennorrhoische Vaginitis als Begleiterscheinung der Infektion tritt bei Erwachsenen nur ganz ausnahmsweise auf, da das spezifische Agens an das Cylinderepithel gebunden ist. Zur Unterscheidung von den nicht pathogenen Diplokokken genügt nach Verfasser die gruppenweise Anordnung der Gonokokken und der Befund innerhalb der Eiterzellen. Hinsichtlich des verschiedenen Verhaltens gegenüber den verschiedenen Färbenmethode hegt Lyons Zweifel, auf die jedoch ebensowenig, wie auf die Methoden selbst näher eingegangen wird. *H. Einhorn-München.*

Die Blennorrhoe beim Manne, von Ramon Guiteras. (*Americ. med.-surg. bull.* 1. Sept. 1895.) Ein klar geschriebener Artikel, der einen kurzen Überblick bietet über bekanntes aus der Geschichte, Ätiologie, Pathologie, dem klinischen Verlauf und der Behandlung der Blennorrhoe. *W. Einhorn-München.*

Über Kinderblennorrhoe, von W. Fischer-Altona. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 51.) Verfasser hat 54 Fälle von Vulvovaginitis beobachtet, von denen sich 50 als echte Blennorrhoe herausstellten. Auch in diesen Fällen konnte konstatiert werden, dafs nur selten ein Stuprum, meistens vielmehr die Erkrankung von Familienmitgliedern, Dienstmädchen oder Hausbewohnern die Ursache zur kindlichen Blennorrhoe wird. Das klinische Bild war bei allen dasselbe, nur die Intensität der Entzündung eine wechselnde. An der Innenseite der Oberschenkel und am Damm fanden

[1] In der darauf folgenden Diskussion wurde die Ansicht von Theilhaber lebhaft bekämpft und für den gröfseren Teil der Erosionen und chronischen Endometritiden eine andere Quelle als Blennorrhoe verantwortlich gemacht.

sich stets grüngelbe Borken angetrockneten Eiters auf der ekzematös gerötеten Haut. Der Intertrigo breitete sich zuweilen bis zum Anus aus. Die beiden großen Schamlippen waren leicht miteinander verklebt und zeigten an ihren Rändern je einen hochroten Streifen, der mit Eiterborken bedeckt ist. Das Vestibulum ist stark gerötet, die Schleimhaut gelockert, ödematös und mit Eiter bedeckt, ebenso wie das in der Tiefe liegende Hymen, welches den Scheideneingang völlig verdeckt. Meistens springt der gerötete Harnröhrenwulst stark hervor. Bei Druck auf den Damm kann man mehr oder weniger Eiter aus der Scheide entleeren. Meistens besteht Urethritis und eine Affektion der Bartholinischen Drüsen. Die Therapie bestand im Anfang in Bettruhe, im allgemeinen in Sitzbädern, oft mit Zusatz von Kalium permanganicum, und in täglich mehrmals wiederholten Spülungen von 1—2%iger Zincumsulfuricum-Lösung selbst in die Vagina. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die Blennorrhoea neonatorum und deren Verhütung in der Schweiz, von A. Heim. (Inaug.-Dissert. Bern. 1895.) Verfasser bringt in seiner Dissertation eine genaue Statistik der Erblindeten in der Schweiz nebst Erblindungsursachen, unter denen die Blennorrhoe eine hervorragende Stelle einnimmt. Verfasser plaidiert energisch für die Einführung eines prophylaktischen Verfahrens, und zwar nicht für Credé obligatorisch; im allgemeinen sollen die Augen sorgfältig gereinigt, und eventuell soll 4%ige Wismutvaseline eingestrichen werden. *F. Hahn-Bremen.*

Mikroskopische Untersuchungen über den Tripper und seine Komplikationen, von Powarnine. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 10.) Diese Untersuchungen wurden bei 321 im Warschauer Militärspital behandelten Soldaten angestellt. In drei Viertel aller Fälle von Blennorrhoe fand man Gonokokken, in ein Viertel fehlten sie. Eine beigefügte Tafel giebt die relative Häufigkeit der Gonokokken. entsprechend der Krankheitsperiode, an.

I. Fälle von Gonokokken.

1. Im Anfange der Krankkeit sind die Gonokokken am zahlreichsten, dann werden sie weniger und verschwinden gegen die fünfte Woche nach dem Eintritt des Kranken ins Spital.

2. Die Gonokokken verbleiben länger in den komplizierten Fällen.

3. Die zur Heilung nötige Zeit des Aufenthaltes im Hospitale ist für die komplizierten Fälle größer.

4. Die Komplikationen, welche ein längeres Verbleiben der Gonokokken bewirken, sind interne.

5. Bei Rückfällen tritt das Verschwinden der Gonokokken rascher ein, als bei den frischen Anfällen.

6. Die Eiterkörperchen verbleiben bis ans Ende der Krankheit, vermindern sich der Zahl nach allmählich.

7. Pflasterepithel läßt sich während der ganzen Dauer nachweisen; man konstatiert es leichter gegen das Ende der zweiten Woche, am reichlichsten in den Perioden des Wiederaufflackerns der Krankheit.

8. Die Anwesenheit von Cylinderepithel zeigt das Ergriffensein der tieferen Harnröhrenpartien an und ist ein seltenes Vorkommnis.

9. Man beobachtet andere, und zwar sehr verschiedenartige Bakterien in etwa der Hälfte aller Fälle, im Mittel in der vierten Woche nach dem Eintritte des Patienten ins Spital; ihr Verbleiben dauert etwa 2—3 Wochen.

II. Fälle ohne Gonokokken.

1. Diese Fälle haben eine kürzere Dauer.

2. Die Eiterzellen sind weniger zahlreich; ebenso ist

3. das Pflasterepithel weniger reichlich vorhanden.

4. Das Gleiche gilt für das Cylinderepithel.

5. Die anderen Bakterien erscheinen in dieser Gruppe in geringerer Zahl, als die zugleich mit den Gonokokken auftretenden.

6. Ihre Formen sind dieselben, ob sie allein oder zugleich mit den Gonokokken sich zeigen.

7. Diese Bakterien erscheinen oder verschwinden aus dem Eiter bei Nichtanwesenheit von Gonokokken 1—2 Wochen später, als wenn Gonokokken vorhanden sind.

8. In etwa ein Viertel aller Fälle beobachtet man Bakterien, die sich in der Form von wirklichen Gonokokken gar nicht unterscheiden.

9. In sechs Fällen beobachtete man ganz gewöhnliche Bakterien in einem solchen Verhältnisse, wie es bei Gonokokken vorkommt; dieselben schienen saprophytischer Art und am Ausflusse unschuldig zu sein.

10. Das Gleiche gilt wohl für 20 Fälle von Affektionen der Vorhaut und Eichel, in welchen Gonokokken fehlten. *Neuhaus-München.*

Eosinophile Zellen bei Blennorrhoe, von Friedrich Vorrach. (Würzbu Inaug.-Dissert. 1895.) Nachdem das Vorkommen von eosinophilen Zellen bei den verschiedenen Krankheitszuständen besprochen, berichtet Verfasser über den Befund derselben im blennorrhoischen Sekret und kommt zum Teil im Gegensatze zu Epstein zu folgenden Schlüssen:

1. Es besteht kein korrespondierendes Verhältnis der Anzahl der eosinophilen Zellen im Blut und der Anzahl derselben im blennorhoischen Sekret.

2. Für das Auftreten der eosinophilen Zellen im Trippersekrete ist die Beschaffenheit der Urethralschleimhaut maßgebend. Wenn die Epithelschicht sehr verändert, lädiert ist, wird der Gehalt an eosinophilen Zellen ein größerer.

3. Den eosinophilen Zellen im Trippersekret kommt keine diagnostische Bedeutung zu.

4. Die Blutuntersuchung an 18 sonst gesunden Personen haben ein Prozentverhältnis der eosinophilen Zellen zu den übrigen Leukocyten von 0,5—11,5 % ergeben; als mittlerer normaler Wert wurde 4,22 % gefunden.

Schließlich sei hervorgehoben, daß Verfasser niemals Gonokokken in eosinophilen Zellen gefunden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Urethritis membranacea desquamativa, von Arthur Aschner. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 35.) Bei einem 25jährigen Tagelöhner mit chronischer Blennorrhoe lösen sich ohne besonderen Schmerz oder irgend eine sonstige Störung die Harnröhrenepithelien fortwährend ab und erscheinen im Harne als kleienförmige Schuppen oder kleinere Lamellen. Nach einem stärkeren Insult, etwa durch ätzende Flüssigkeiten oder Sondierung, seltener ohne diese, werden röhrige Gebilde als Abdruck der Harnröhre, aus Epithelschichten bestehend, mit dem Harne entleert. Die Behandlung schafft vorübergehende Besserung, jedoch folgen bald Recidive. Es ist dieser Fall wohl zu trennen von denjenigen, wo die akute Urethritis den Charakter einer croupösen Entzündung annimmt. Ähnliche Fälle haben Pajor, Feleki, Buttle, Róna beschrieben. Die Epithelumwandlung ging in diesem Falle einher mit Bindegewebshyperplasie, wie die Urethroskopie und die Urethrometeruntersuchung ergab.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die mit Cystenbildung verbundene Urethritis glandularis bei der Frau, von Verchère. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 10.) Verchère glaubt, daß man es bei gewissen hartnäckigen Ausflüssen aus der Harnröhre mit

Drüsencysten zu thun habe. Um sich zu vergewissern, macht man einen vertikalen Einschnitt, welcher in der Ausdehnung von etwa 1 cm klar und völlig die urethrovaginale Scheidewand durchtrennt. Entfernt man die Wundlippen voneinander, so sieht man die Schnittfläche der Harnröhrenwand. In der Dicke des hypertrophierten submukösen Zellgewebes nimmt man eine reiche Saat von kleinen Drüsencysten wahr, welche mit Eiter gefüllt sind. Ein Teil derselben ist völlig verstopft, ein anderer noch durch einen sehr engen Kanal mit der Harnröhre in Verbindung. Der Eiter enthält keine Gonokokken. Zum Zwecke der Behandlung genügt es, die ganze Gegend, welche Cysten enthält, abzutragen und sodann die Schleimhaut der Harnröhre und Scheide zu nähen.

Bei der Incision führt man ein Scherenblatt in die Harnröhre, eines in die Scheide, incidiert auf 1—1½ cm Länge; hierauf zieht man die Wundlippen voneinander, zergliedert sorgfältig jede Tasche, löst in schwierigen Fällen die Harnröhrenschleimhaut von oben, die Scheidenschleimhaut unten ab, so zwar, dafs man das mehr oder weniger sklerosierte Zellgewebe, in welchem sich die Drüsencysten befinden, im ganzen wegnimmt. Diese Behandlung mufs frühzeitig erfolgen.

Neuhaus-München.

Urethritis posterior und diagnostischer Wert der modifizierten Thompsonschen Probe, von Goldenberg. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 8.) Die modifizierte Thompsonsche Probe besteht in einer Ausspülung der vorderen Harnröhre ohne Katheter, bevor man den Kranken in zwei Gläser urinieren läfst. Verfasser war stets damit zufrieden und glaubt, dafs nicht diese Modifikation, sondern ihre schlechte Anwendung zu den anderwärts behaupteten diagnostischen Irrtümern Anlafs gab. Seine Schlufsfolgerungen sind:

1. Die Urethritis posterior ist keine Komplikation des Trippers, sondern eine in 80—83 % aller Fälle sich findende physio-pathologische Fortsetzung desselben.

2. Eine Ansteckung der hinteren Harnröhre vor der dritten Woche wird weder durch instrumentelle oder therapeutische Eingriffe, noch durch eine Dyskrasie hervorgerufen. Vielmehr ist sie das logische Ergebnis der fortschreitenden Natur des Trippers, der sich so lange ausdehnt, als das Terrain seiner Verbreitung günstig ist.

Neuhaus-München.

Beitrag zum Studium der **Urethritis posterior und ihrer Komplikationen**, von Ingria. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 4.) Die Beobachtungen des Verfassers beziehen sich auf 390 Kranke; in etwa 58 % ergab sich ein Auftreten der Urethritis posterior, am häufigsten in der vierten Woche. Als hauptsächliche Ursache des Fortschreitens der Blenuorrhoe auf die hintere Harnröhre fanden sich: Ermüdung, gesteigerte Arbeit, zu früh oder schlecht gemachte Einspritzungen.

Die häufigste Komplikation der Urethritis posterior war Epididymitis, 45 Mal auf 390 Fälle, meistens in der dritten oder vierten Woche.

In zwanzig Fällen trat noch Cystitis hinzu.

In einem Falle wurde die Cystitis durch einen unpassenden Katheterismus verursacht und war von schwerer septischer Pyelitis gefolgt. *Neuhaus-München.*

Der Gonococcus Neisser, sein Vorkommen bei Urethritis und Bartholinitis, von Karl Hasse. (Inaug.-Dissert. Strafsburg 1893.) Aus der vorliegenden Dissertation sei zunächst eine vom Verfasser erprobte neue Doppelfärbung hervorgehoben: Das präparierte Deckglas wird eine halbe Minute in gesättigter, 0,5%iger Kalium-permanganicum-Methylenblaulösung gefärbt, in Wasser abgespült, in dünner Essigsäure entfärbt, bis die blaue Farbe eben verschwindet und ein Violett erscheint. Sodann wird in Wasser entsäuert und gefärbt in vorzüglichster Pikrokarminlösung, bis der Grund rosarot erscheint (5—8 Minuten, event. Erwärmen). Zum Schlufs Abspülen in Wasser, dem

etwas Pikrinsäure zugesetzt ist. Die Kokken erscheinen leicht blau, die Zellkerne rot, das Plasma schwachlachsfarben, das der Epithelien deutlicher und mit einem schwachen Stich ins rötliche. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Klinische und bakteriologische Untersuchungen über den Gonococcus Neisser, von Heimann. (*Med. Rec.* 22. Juni 1895.) Verfasser giebt eine Übersicht der zahlreichen Arbeiten über diesen Gegenstand und teilt die Resultate seiner eigenen Untersuchungen und Experimente an Menschen und Tieren mit, welche eine neue Stütze für die Spezifizität des Neisserschen Coccus bilden. *C. Müller-Bern.*

Zur Biologie der Gonokokken, von Steinschneider-Franzensbad und Schäffer-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 45.) Verfasser gelangen auf Grund ihrer Versuche zu folgenden Schlüssen:

1. Zur Aufzucht von Gonokokken ist, soweit unsere bisherigen Kenntnisse reichen, Blutserum oder seröse Flüssigkeit vom Menschen, in zweiter Reihe Blutserum vom Rind, Kamel, Hund, Kaninchen etc. nicht zu entbehren.

2. Harnagar hat sich bisher als zuverlässiger Nährboden zur Kultur von Gonokokken nicht bewährt.

3. Das Wertheimsche Plattenverfahren ist zweckmäßig durch das Aufstreichen mit der Platinöse, noch besser durch Betupfen mit sterilem Pinsel auf vorher in Petrischen Schalen gegossenen Serumagarplatten zu ersetzen.

4. Eine Temperatur von 40° C. wirkt bei Exposition von zwölf und mehr Stunden auf Gonokokkenaussaaten nicht nur entwickelungshemmend, sondern auch abtötend.

5. Zimmertemperatur wirkt auf Gonokokken entwickelungshemmend, bei nicht zu langer Exposition aber nicht abtötend.

6. Im Wasser oder Urin, welchem blennorrhoischer Eiter beigemengt ist, können sich Gonokokken durch 1—2 Stunden, unter Umständen noch länger entwickelungsfähig erhalten.

7. Die Einbringung von Gonokokken in das subkutane Bindegewebe verursacht keine Eiterbildung. *L. Hoffmann-Berlin.*

Beitrag zur Kultur des Gonococcus, von Hammer-Heidelberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 51.) Hammer hat in dem Eiweißurinagar für die Kultur des Gonococcus einen Nährboden gewonnen, der im Verhältnis zu den bis jetzt besten Nährböden, nämlich Menschenblut- und Rinderblutserumagar, noch ungleich viel günstiger, viel leichter zu beschaffen und leichter steril zu erhalten, resp. zu sterilisieren ist. Er erlaubt, sowohl das Plattenverfahren, als die Fingersche Methode anzuwenden, und gestattet ein unbeschränktes Fortführen der Kulturen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über die Reinzüchtung des Gonococcus in Fällen von Blennorrhoe, Ophthalmia purulenta und Pyosalpinx, von J. H. Wright. (*Americ. Journ. of the med. sciences.* Februar 1895.) Verfasser bediente sich bei seinen Untersuchungen der von Steinschneider modifizierten Wertheimschen Methode. Er benutzte zu den Reinzüchtungen des Gonococcus einen Nährboden, welcher aus einem Gemisch von Urin, Blutserum und Nähragar bestand. Jedoch waren Blutserum und Urin nicht nach Steinschneiders Angaben sterilisiert, sondern bakterienfrei gemacht, indem sie durch unglasiertes Porzellan filtriert wurden. Die Einzelheiten der Bereitung des Nährbodens beschreibt Verfasser folgendermaßen: Ein Liter Nähragar (Fleischaufguß) wird in der gewöhnlichen Weise bereitet und nach Filtrierung bis auf 600 ccm verdampft. Der so konzentrierte Agar wird in Reagenzgläser gegossen und dreimal im Dampf sterilisiert. Die Quantität Agar in jedem Röhrchen ist geringer, als gewöhnlich, damit Raum für die übrigen Bestandteile des Nährbodens bleibt.

Das Blutserum, das nicht frei von Blutkörperchen zu sein braucht, läfst man durch weifsen Sand, der sich in einem Trichter von Filtrierpapier befindet, fliefsen und mischt es dann mit einem halben Volumen frischen Urins. Die Mischung wird dann durch einen Cylinder von unglasiertem Porzellan filtriert. Am schnellsten geschieht dies, wenn man sich eines von der Boston Filter Company angefertigten Porzellancylinders bedient. Zu dem flüssigen und auf 40° C. erwärmten Agar wird in jedes Reagenzgläschen etwa $^1/_3$—$^1/_2$ Volumen der filtrierten Urin-Blutserummischung, am besten im Dampfsterilisator, hinzugefügt und das Ganze tüchtig geschüttelt, sodann wieder auf 40° C. abgekühlt und in dieser Temperatur, am besten im Wasserbade, gehalten. Nach 24 Stunden ist das Nährmedium für den Gebrauch fertig. Es wird nun auf der Oberfläche desselben eine kleine Quantität Eiter verteilt, und die Kulturen werden im Brutkasten zur Entwickelung aufbewahrt.

Es wurde nach der eben beschriebenen Methode von sieben Fällen blennorrhoischer Urethritis, acht Fällen von Ophthalmia purulenta, vier Fällen von Pyosalpinx und einem Falle von Vaginitis bei einem Kinde ein Coccus gezüchtet, der in seinen morphologischen, tinktoriellen und kulturellen Eigenschaften genau identisch ist dem Neisserschen Gonococcus. *C. Berliner-Aachen.*

Subkutaner Gonokokkenabscefs am linken Ellenbogen, von Hochmann-Marienburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 51.) Ein 42jähriger Arbeiter, unverheiratet, hatte sich im Januar 1895 eine geringfügige Kontusion und Hautabschürfung am linken Ellenbogen zugezogen, die in kurzer Zeit scheinbar geheilt war. Nach einigen Tagen jedoch klagte er wieder über den Ellenbogen, und es zeigte sich an Stelle der früheren Konturen ein etwa taubeneigrofser, subkutaner Abscefs, in dessen Eiter sich eigentümliche Diplokokken fanden, die den Neisserschen Gonokokken sehr ähnlich waren, während die gewöhnlichen Eitererreger fehlten. Der Patient soll noch an chronischer Blennorrhoe gelitten haben.

L. Hoffmann-Berlin.

Gonococcus als Ursache pyämischer Abscesse, von O. Bujwid. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1895. No. 14/15.) Ein 32jähriger, an chronischer Urethritis blennorrhoica leidender Mann bekam zwei Tage nach einer Katheterisierung einen Schüttelfrost, der in den folgenden Tagen sich mehrmals wiederholte. Es entstanden vier Abscesse: am linken Brachialgelenk, in der Fossa poplitea dextra, an der inneren Seite des linken Beines und über dem Malleolus externus dexter. Alle safsen in den Muskeln, enthielten rotbraunen Eiter. Die kulturelle Untersuchung ergab auf erstarrtem Serumagar nur Reinkulturen des Gonococcus. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Als trophische Störungen bei Blennorrhoe beschreibt Jeanselme einen Fall, wobei es an den Füfsen zur Bildung von hyperkeratotischen Exkrescenzen kam. Die Zehen, sowie der innere und äufsere Fufsrand waren mit stachelartigen Gebilden vollbesetzt, während die Planta pedis von einer dicken Hornschicht überzogen war, die stellenweise die Dicke von 1 cm erreichte. Aufserdem bestand Amyotrophie der Unterschenkelmuskulatur und Verstärkung des Patellarreflexes. Verfasser glaubt, dafs es sich um eine Affektion des Rückenmarks durch Vermittelung des blennorrhoischen Giftes gehandelt habe. (*Sem. méd.* 28. Dezember 1895.) *C. Müller-Bern.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXII. No. 12. 15. Juni 1896.

Die Pocken vor und nach JENNER.

Vortrag,

gehalten am 5. Mai 1896 in der Festsitzung des ärztlichen Vereins zu Hamburg im Saale der Hamburger Bürgerschaft zur Feier des 100jährigen Gedenktages der am 14. Mai 1796 von EDWARD JENNER ausgeführten ersten Kuhpockenimpfung.

Von

Dr. VOIGT, Oberimpfarzt zu Hamburg.

Meine Herren! Wenn es uns vergönnt ist, das denkwürdige Ereignis der ersten Kuhpockenimpfung durch EDWARD JENNER am Vorabende des 100. Jahrestages derselben hier in der Sitzungshalle unserer Hamburger Bürgerschaft festlich zu begehen, so gilt unsere Anerkennung zunächst dem Vorstande unseres ärztlichen Vereins dafür, dafs er den Vorstand der Bürgerschaft bewogen hat, uns den Saal einzuräumen, sodann der Bürgerschaft unseren Dank zu zollen für diese Bewilligung. Meine Herren! Wir befinden uns hier in einem in der Impfsache geschichtlichen Saale, denn in diesen Räumen hat die Hamburger Bürgerschaft vor 22 Jahren die Errichtung unserer staatlichen Anstalt zur Gewinnung von Tierlymphe beschlossen, um die von unserer Gesetzgebung vorgeschriebene Wiederimpfungspflicht durchführbar zu machen. Seit diesem Beschlusse ist die Tierlymphe zu einem regelmäfsigen Faktor, zunächst unseres hamburgischen, sodann des ganzen deutschen Impfwesens geworden, denn die anderen Staaten sahen sich alsbald veranlafst, dem hier gegebenen Beispiele zu folgen; die Tierlymphe ist jetzt in der ganzen Welt der vorzüglichste Impfstoff geworden. Mit jenem Beschlusse aber hat die Hamburger Bürgerschaft sich um die Gesundheit des deutschen Volkes und überhaupt um die Hygiene wohlverdient gemacht.

Meine Herren! Die JENNERsche Kuhpockenimpfung, deren Centennarfest wir heute festlich begehen, ist noch jetzt der Leitstern für die Bestrebungen der Heilkunde. Nirgends erreicht, hat dieser Stern unserer Forschung die richtigen Bahnen gewiesen. Man darf behaupten, bis jetzt ist die Kuhpockenimpfung wohl die gröfste Entdeckung der Heilwissenschaft, und ihre Durchführung in Deutschland — wir dürfen es

aussprechen — ist die höchste Leistung aller Hygiene so sehr geblieben, daſs die jüngere Ärztewelt Deutschlands ihre Groſsartigkeit — aus Unkenntnis der Pocken — kaum noch zu ermessen vermag.

Möge es mir gestattet sein, im folgenden einen Überblick über die frühere Pockennot und die Pocken seit JENNERS Eingreifen zu geben.

Die Pocken haben ihren Charakter, seitdem man sie kennen gelernt hat, nicht geändert, sie traten bald mörderischer, bald milder auf, sie durchseuchten die ungeimpfte Bevölkerung ziemlich vollständig, sie verschonten weder jung noch alt und sie hinterlieſsen bei denjenigen, welche die Krankheit überstanden hatten, eine für sehr lange Zeit gültige Immunität zurück. Aus diesem Grunde wurden sie zu einer Kinderkrankheit dort, wo die herangewachsene Bevölkerung früher durchseucht war. In solcher Bevölkerung traten die Pocken in ähnlichem Alter auf, wie jetzt die Masern.

Bis zum Anfange dieses Jahrhunderts gab es noch keine allgemein durchgeführte Statistik, in vielen Orten auch keine Medizinalpolizei. — Z. B. schreibt Senator GÜNTHER aus Hamburg an den Professor JUNCKER in Halle im Jahre 1797 (JUNCKER, *Arch. d. Pockennöte* III. S. 175): „Bis jetzt hat Hamburg überall keine Medizinalpolizei, daher ist die Zahl der hiesigen Blatternkranken unbekannt. In Hamburg war im Jahre 1794 eine Blatternepidemie. Ich gebe gern, was ich geben kann, nämlich die Krankenlisten unserer Armenanstalt. Diese melden bei einem Gesamtstande von ca. 8000 Armen im Jahre 1795 vier Pockentote und im Jahre 1796 einen Pockentoten.“ — Bei solchem Mangel genauer Nachrichten vermag man sich nur mit Schwierigkeit ein Bild zu machen von den Verheerungen, welche die Blattern angerichtet haben, aber die Verluste müssen ganz ungeheuer gewesen sein.

Meine Herren! Den Umfang der Durchseuchung und die Verluste der Bevölkerung durch Pocken ersehen Sie aus der in Ihren Händen befindlichen Liste (s. S. 607).

Nach den Mitteilungen des Impfgegners KARL VOGT starben von der Bevölkerung der Stadt Genf, die sich im Durchschnitt auf 16492 Menschen belief, während der 180 Jahre von 1580 bis 1760 6792 Menschen an den Blattern, das sind jährlich ungefähr 24 auf 10000 Einwohner, oder 2,4 pro Mille. Ganz ähnlich, wie in Genf, starben an dieser Krankheit in Stockholm nach CANZLER während der 26 Jahre 1774 bis 1800 im Durchschnitt der 26 Jahre alljährlich etwa 2 pro Mille der Einwohner. Wien hatte gegen das Ende des vorigen Jahrhunderts 220000 Einwohner und verlor an den Pocken (nach JUNCKER II. 206) während der Jahre 1787 bis 1796 6961 Einwohner. Wiens Pockensterbeziffer während der zehn Jahre beläuft sich also im Durchschnitt alljährlich auf etwa 3 pro Mille der Bevölkerung.

Die Pocken vor und nach Jenner.

Die Beteiligung der verschiedenen Altersklassen am Pockensterben, berechnet auf 1000 Pockentodesfälle, und die jährliche Pockensterbeziffer in Prozenten der Bevölkerung.

Von 1000 Pockentodesfällen kommen auf die verschiedenen Altersklassen

	I. vor Jenner:				**II. nach Jenner,** a) vor 1874:			b) nach 1874 bis 1894 (vergl. Kübler):					
	in **Genf** im Durchschnitt 16,492 Einwohner vom Jahre 1580—1760 gab es **6792** Pockentote (nach Vogt, Impfgegner)	in **Rawitsch Bojanowo Sarnowo** 13,329 Einwohner im Jahre 1796 gab es **199** Pockentote (nach Juncker)	in **Stockholm** im Durchschnitt 75,000 Einwohner in d. Jahren 1774—1880 gab es **5113** Pockentote (nach Böing u. Canzler)	in **Braunschweig** 26,200 Einwohner im Jahre 1787 gab es **372** Pockentote (nach Hildebrandt)	in **Hamburg** sehr mangelhaft geimpft 325,000 Einwohner im Jahre 1871 gab es **3647** Pockentote	in **Stockholm** Impfgesetz sehr mangelhaft befolgt 143,000 Einwohner in d. Jahren 1873 u. 1874 **1034** Pockentote (nach Graes und Böing)	in **Bayern** gutgeimpft 4,858,160 Einwohner im Jahre 1871 gab es **4784** Pockentote (nach Klinger und Böhm)	**Deutschland** mit vollständig durchgeführter obligatorischer Impfung und Wiederimpfung 1875—1894				**Österreich** kein Impfzwang 1875—1893	**Belgien** kein Impfzwang 1875—1894
Im Alter von								**Preußen**	**Sachsen**	**Württemberg**	**Bayern**		
0— 5	811	829	845	841	817	415	428						
5—10	171	161	117	148	53	72	5						
10—20	14	20	31			16	10						
20—30	4	0	7	11	130	497	44						
30— x	0	0					513						
Jahren	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000						
Jährlicher Menschenverlust an den Pocken in Prozenten der Bevölkerung	0,24 %	1,49 %	0,26 %	1,4 %	1,12 %	0,36 %	0,098 %	**0,0013 %**	**0,0016 %**	**0,0001 %**	**0,0006 %**	0,0511 %	0,0339 %
		Epidemiejahr		Epidemiejahr	Epidemiejahr	Epidemiejahr	Epidemiejahr	**Deutschland pockenfrei!** In allen Nachbarländern fortwährend kleinere und größere Epidemien.					

Der soeben genannte Professor JUNCKER in Halle suchte um die Zeit, welche der Entdeckung JENNERS unmittelbar voraufging, mit unermüdlichem Eifer sich Klarheit über den Umfang der Pockennot zu verschaffen. Die bei ihm von allen Seiten zusammenströmenden Angaben und Berichte veranlafsten ihn zu der Annahme eines jährlichen Verlustes von 400000 Menschen in Europa durch die Blatternkrankheit. Europa hatte damals eine Bevölkerung von gegen 200 Millionen, so haben wir also eine Pockensterbeziffer Europas von 2 pro Mille der Bevölkerung. Die Pockensterbeziffer von 2 pro Mille gleicht den jetzigen Sterbeziffern sowohl der Tuberkulose, wie der Kinderdurchfälle.

In Hamburg raffte jüngst die Schwindsucht in den einzelnen Jahren zwischen 21 bis 33 Menschen von 10000 Lebenden hinweg. Die Pocken waren einst also beinahe so mörderisch, wie die Schwindsucht und im Durchschnitt viel mörderischer, als bei uns jetzt die Kinderdurchfälle, denn diese haben in Hamburg jetzt eine jährliche Sterbeziffer von 11 bis 14 auf 10000 Lebende. Zur Zeit der unfiltrierten Elbwasser war diese Todesziffer 25 oder $2^1/_2$ pro Mille. Waren die Pocken beinahe so mörderisch wie Schwindsucht, oder wie die Kinderdurchfälle, so waren sie in weit höherem Mafse bedenklich, als Diphtherie, Masern oder Scharlach. Hier ist von einem Vergleiche gar nicht zu reden, denn die Diphtherie veranlafste in 15 Jahren in 23 Städten Deutschlands eine durchschnittliche Sterbeziffer von nur 9 auf 10000 Einwohner. Masern und Scharlach haben in Hamburg eine Todesziffer von nur 3 bis 4 auf 10000 Lebende.

Meine Herren! Mit dem Nachlassen der Pockennot und der Einführung der Kuhpockenimpfung hat sich die Bevölkerung denn auch in ganz ungewohnter Weise vermehrt. Gewifs zum Theil dank dem Walten des Friedens und der Gesundung aller Verhältnisse, welche den Ausbau der Hygiene mehr und mehr ermöglichten, aber einen ganz wesentlichen Teil des Anwuchses an Menschenkraft verdankt die Welt dem Nachlafs der Pockennot infolge der Entdeckung JENNERS. Befielen doch die Pocken nicht die alten gebrechlichen Leute, sondern das heranwachsende Geschlecht, von dem der Nachwuchs kommen sollte. Die Altersklasse der Kinder zahlte den Pocken fast ganz allein denselben Tribut an Menschenleben, welchen jetzt die Schwindsucht von der Gesamtbevölkerung fordert. Die Pocken waren eben eine Kinderkrankheit und sie wurden auch die Kinderblattern genannt. In vorgeschrittenerem Alter ereigneten sich nur einzelne wenige Todesfälle und nur bei solchen Leuten, die durch Lebensstellung oder durch einen Zufall in früher Jugend der Ansteckung entgangen waren, oder im Falle einer zweiten Erkrankung. Aber die Zahl dieser Fälle war gering. JUNCKER berichtet, dafs in drei preufsischen Städten, Rawitsch, Bojanowo und Sarnowo, mit zu-

sammen 13329 Einwohnern im Jahre 1796 1250 Pockenfälle vorgekommen sind, und dafs am Schlusse dieser Epidemie nur 524 Ortsanwesende oder 4% der Bevölkerung die Seuche gerade damals oder früher noch nicht durchgemacht hatten, also für später pockenfähig blieben. Der älteste Kranke in Rawitsch war 19, in Bojanowo 17, in Sarnowo nur 10 Jahre alt.

Die Pocken befielen zunächst die im Verkehr befindlichen Kinder, — Säuglinge wurden meistens von ihren älteren Geschwistern angesteckt —, wir finden also ein ganz den Masern analoges Verhältnis. Machte die Seuche nach solcher Epidemie eine längere Pause, so konnte sie gewaltig um sich greifen; z. B. erkrankten (nach JUNCKER Bd. II, S. 207) im Jahre 1796 zu Wien die Hälfte aller Kinder. Die Städte Genf und Stockholm (a. a. O.) verloren alljährlich, die eine im Laufe von 180 Jahren, die andere von 27 Jahren, durchschnittlich mehr als $1^1/_2$% aller Kinder unter 10 Jahren an Pocken. Hatte die Seuche eine Zeitlang gehaust, so erlosch sie fast ganz, weil die Zahl der Pockenfähigen so klein wurde, dafs der Ansteckungsstoff nicht so leicht frischen Boden, ungeschützte Menschen traf. Dann kroch das Übel leise schleichend fort, um nach einigen Jahren im frischen Nachwuchse pockenfähiger Kinder wieder aufzuflammen. In solchen Pockenjahren zahlten die Kinder für das längere Verschontbleiben, besonders dann, wenn die Krankheit die Neigung zeigte, in schwerer Form zu verlaufen. In Oldenburg starben (nach JUNCKER Bd. I. S. 178) im Jahre 1795 an dieser Krankheit von den dort vorhandenen, noch nicht geblatterten 600 Kindern 144 oder 24%, nur 50 Kinder blieben von der Krankheit verschont. In Norwegen erlag im Jahre 1749 fast die ganze Jugend den Blattern. (WERNHER, *Auftreten der Blattern in Europa*, Gießen 1882.) Blieben dem Verkehre entlegene Länder längere Zeit pockenfrei, so konnte der Einbruch der Seuche schreckliche Folgen haben.

In Island, wohin die Krankheit zuletzt im Jahre 1672 durch ein englisches Schiff verschleppt worden war, hatten die Blattern arg gehaust, sie waren dann aber verschwunden, bis im Jahre 1707 ein dänisches Schiff sie aufs neue brachte. Jetzt blieben von den 50000 Einwohnern nur 32000 übrig. (BOHN, S. 11.)

Als im Jahre 1734 die Blattern auf einem dänischen Schiffe nach Grönland kamen, starben (BOHN, S. 12) beinahe zwei Drittel aller dortigen Einwohner. In ähnlicher Weise wurde Sibirien entvölkert und ganze Indianerstämme vernichtet.

Meine Herren! Die in Ihren Händen befindliche Liste giebt einen Überblick über die Art, wie die Pocken vor JENNER und nach JENNER die einzelnen Altersklassen heimsuchten. Vor JENNER wurden fast ausschliefslich die Kinder befallen, das Mannes- und Greisenalter blieben fast ganz frei. Nach JENNER fallen die Todeslose

den ungeimpften Kindern zu, die geimpften Kinder und das heranwachsende Geschecht bleiben frei, aber nach dem 20. Jahre erlischt nach und nach der in der Kindheit erworbene Impfschutz, werden die Pocken den älteren Leuten mit den Jahren immer gefährlicher. Gegen die furchtbare Krankheit war die ärztliche Kunst ziemlich machtlos. Es gab milde Epidemien mit sehr geringer Sterblichkeit, andere mit den furchtbarsten Verlusten, die jeder Kunst spotteten.

In dieser mifslichen Lage hatte man schon in uralten Zeiten aus dem Umstande des Verschontbleibens der schon einmal Geblatterten Nutzen gezogen und den Versuch gemacht, mittelst einer unter günstigen Bedingungen absichtlich herbeigeführten Ansteckung einen glücklichen Ablauf der Krankheit herbeizuführen. Es ist gänzlich unbekannt, wann, weshalb und von wem dieses Schutzverfahren, das Blatternbalzen — die Inokulation — erfunden ist. Aber in China und in Ostindien kannte man dasselbe schon in uralten Zeiten. In Ostindien impften die Brahminen ihren Schutzbefohlenen den Inhalt des Blatternausschlags in die Haut des Oberarmes und sie benutzten nachher die sich an der Infektionsstelle entwickelnden Pusteln zur weiteren Fortpflanzung des Schutzverfahrens, ähnlich so, wie bisher die humanisierte Vaccine von einem Kinde zum anderen übertragen wird. Die Brahminen rieben eine kleine Stelle der Haut wund oder sie machten einige kleine Schnitte und bedeckten diese Stelle mit einem kleinen Läppchen von Baumwollenzeug, das mit vorigjähriger Blatternlymphe getränkt war. Sie bedeckten das Läppchen mit einem Bäuchschen, das mit Gangeswasser befeuchtet worden war, und sie entfernten den Verband nach sechs Stunden. Die Inokulierten mufsten an den Tagen, welche dem Invasionsfieber vorausgingen, im Freien bleiben, enthaltsam leben, sich täglich mehrmals mit kaltem Wasser begiefsen und sich möglichst kühl halten, wie denn auch die ganze Prozedur in der kühleren Jahreszeit vorgenommen wurde.

Sehr selten starb einer der Inokulierten, und es folgte in den meisten Fällen, abgesehen von dem Invasionsfieber, kein schweres Leiden, kein übermäfsiger Ausschlag und nur ein geringes zweites Fieber.

In China war ein anderes Verfahren üblich: man steckte den Kindern Pockenschorfe in die Nase oder man zog ihnen Hemdchen an, die mit Blatternlymphe getränkt waren.

In Arabien und Afrika inokulierte man mit der Nadel, und der arabische Brauch galt auch in Georgien und Cirkassien, wo er besonders dazu benutzt wurde, die für den Harem erzogenen Mädchen vor einer Entstellung zu schützen.

Auf diese Weise kam der Brauch auch nach Griechenland und Konstantinopel, woselbst die Gemahlin des englischen Gesandten — Lady

Montague — ihn kennen lernte, den sie etwas später, im Jahre 1717, in England für ihre eigenen Kinder benutzte. Als dieser mutige Schritt keine bedenklichen Folgen gehabt hatte, wurden von der Regierung bezügliche Versuche zunächst an Verbrechern, dann an Waisenkindern vorgenommen, und als alle Versuche glücklich verliefen, schritt man zur Inokulation der Kinder des Königs.

Hiermit war das neue Schutzmittel geadelt. Es fand allgemeine Nachahmung, und die Erfolge waren ziemlich günstig, denn die Sterblichkeit unter den Inokulierten belief sich auf nur 2%, was immerhin etwa fünfmal günstiger war, als der gewöhnliche Prozentsatz der Blatternkrankheit.

Aber diese Todesfälle boten der Geistlichkeit und vielen Ärzten den nächsten Anlafs zu erfolgreichem Widerstreit gegen das neue Verfahren, als gegen einen Eingriff in die göttliche Ordnung und als einen nicht wissenschaftlichen, unverantwortlichen Brauch. Trotzdem wurden bis zum Jahre 1758 in England wohl 200000 Menschen inokuliert. Dann trat eine Zeit ein, in der das Verfahren unbeliebt war, das aber später wieder in grofsem Mafse angestellt wurde.

Nächst England sind Skandinavien und Rufsland die Hauptsitze der Inokulation gewesen. In Frankreich, Dänemark, Italien und Deutschland ward sie weniger allgemein geübt, weil man einsah, dafs die Inokulierten denn doch nicht unbedeutenden Gefahren entgegengingen und, weil sie für ihre Nachbarschaft ansteckend wirkten. Man sah sich genötigt, Impfanstalten zur Unterbringung der Inokulierten einzurichten, wie in London, Florenz, Petersburg, Irkurtsk, Gothenburg, Christianstadt, Stockholm.[1] Aber diese Inokulationsanstalten erwiesen sich in Pockenjahren als zu klein. Aufserdem waren die Inokulierten auch wenig geneigt, die lange Zeit bis zum Abfallen ihrer Blatternschorfe in solchen Anstalten zuzubringen. In London und Paris erregte das öffentliche Erscheinen der Inokulierten lebhaftes Mifsfallen und führte zum zeitweiligen Verbote des ganzen Brauches. In der That sind denn auch Aufzeichnungen vorhanden, dafs die Inokulation manchen Blatternausbruch in zur Zeit seuchenfreien Orten veranlafst hat, wie z. B. in Modena und im Jahre 1781 in Weimar, 1794 hier in Hamburg u. s. w., aber die Pockennot war so grofs und die Gefahr der Inokulation so erheblich geringer als diejenige der natürlichen Krankheit, dafs man immer wieder zum Blatternbalzen griff.

Das an sich einfache Verfahren wurde in den Händen der Ärzte aus

---

[1] Im Stockholmer Inokulationshause, errichtet 1764, wurden in den ersten Jahren um die Zeit von März bis Juni jährlich 99 arme Kinder, später eine geringere Anzahl derselben, inokuliert; auch der König selbst liefs sich inokulieren, und in jedem Distrikt wurden jährlich 100 Daler für die Inokulation verwendet.

allerlei theoretischen Gründen zu einem höchst komplizierten, wahrscheinlich zu seinem Schaden.

Anstatt mit dem einfachen Stich zu impfen, übertrug man auf Charpiebäuschchen angetrockneten Pockenstoff auf kleine Vesikatorstellen, oder man machte lange Schnitte, um in diese so imprägnirte Fäden einzulegen. Danach entstanden dann anstatt der Inokulationspusteln langwierige Geschwüre, die um so unangenehmer wurden, als manche ganz ungeeignete Orte, z. B. das Schienbein, zur Inokulation ausersehen wurden.

Aufserdem wurde ein kompliziertes Vorbereitungsverfahren üblich, welches in strenger Diät und allerlei höllischen Latwergen bestand. Vermutlich hat Goethe in seinem Osterspaziergang Fausts hierauf Bezug genommen.

Die Inokulatoren Sutton und Dimsdale in London beschränkten um die Mitte des vorigen Jahrhunderts diese Vorbereitungskur von einem Monat auf eine Woche. Sie verordneten eine knappe, vorwiegend vegetabilische Diät, Verminderung von Alkohol und Gewürz. Dimsdale gab während dieser Vorbereitungswoche am ersten, am vierten und am neunten Abend Erwachsenen $^1/_2$ g Kalomel mit 8 mg Tartarus emeticus und am andern Morgen eine entsprechende Menge Glaubersalz. Kinder erhielten mildere Gaben, Schwächliche bekamen Alterantia.

Dimsdale inokulierte mittelst Schnittchen von $^1/_2$ Zoll Länge, auf edem Arm zwei Schnittchen. Den Impfstoff entnahm er womöglich von einer Inokulationspustel, die noch in der Entwickelung war. Die Wunde blieb unbedeckt.

Seine Patienten erhielten am Abend des Ausbruches des Exanthems: ℞ Pulveris Chelidonii majoris und Kalomel ā 0,18, Tartari emetici 0,006, auf einmal zu nehmen, und 36 Stunden später ein kräftiges Abführmittel: Infus fol. Sennae 60 g, Mannae calabrinae 15, Tr. Jalapae 7,50. Während des Ausbruches des Ausschlags, womöglich selbst während des Invasionsfiebers, galt der Aufenthalt und die Bewegung im Freien, selbst bei grofser Kälte, und ein sehr kühles Verhalten für geboten.

Diese Methode blieb die allgemein übliche, und Dimsdale wurde der berühmteste Inokulator, der nach Petersburg reiste, um die Kaiserin Katharina zu inokulieren, und baronisiert wurde.

Dem komplizierten Verfahren trat Gatti, Professor in Pisa, später in Paris, entgegen. Gatti verwarf die Vorbereitungskur und griff zu der im Orient üblichen Impfstelle zwischen dem Daumen und dem Zeigefinger an der Dorsalseite zurück. In Bezug auf die Auswahl der Impflinge war er weniger vorsichtig, als Dimsdale. Gatti scheute sich nicht davor, auch kleine Kinder selbst dann zu inokulieren, wenn ihnen die Blatterngefahr nicht unmittelbar drohte, während Dimsdale von der Impfung der Kinder vor der Beendigung ihres zweiten Lebensjahres als zu

gefährlich abriet. GATTI selbst erlebte die üblen Ausgänge solcher Kinderinokulationen.

Im übrigen legte GATTI Gewicht auf die Beibringung des Pockenstoffes in sehr geringen Mengen in Stichmanier, und er entnahm diesen Impfstoff womöglich kurz vor seiner Verwendung von einem inokulierten Kranken. Da er gefunden hatte, dafs der Ausschlag weniger heftig ausbrach, wenn das Invasionsfieber spät erfolgte, suchte er den Termin des Fiebers hinauszuschieben, dadurch, dafs er die Inokulationsstelle wiederholt in kaltes Wasser tauchen liefs. Im übrigen liefs auch er die Leute sich kühl halten und möglichst die frische Luft aufsuchen.

DIMSDALES und GATTIS Methoden standen sich gegenüber. Die meisten Anhänger fand DIMSDALE, aber nicht allein um die Art und Weise der Ausführung sondern überhaupt um die Zulässigkeit der Inokulation wurde lebhaft gestritten, denn der Inoculirte gerieth in Lebensgefahr und gefärdete seine Umgebung. Da die Inokulierten sich meistens in ganz jugendlichem Alter befanden, hatten Eltern und Vormünder gemeinsam mit dem Arzte die Verantwortung zu tragen.

KANT sagt in seiner Tugendlehre im Jahre 1797: „Wer sich die Pocken einimpfen lassen will, wagt sein Leben aufs Ungewisse, ob er es zwar thut, um sein Leben zu erhalten, und ist insofern in einem weit bedenklicheren Falle des Pflichtgesetzes als der Seefahrer, welcher doch wenigstens den Sturm nicht macht, dem er sich anvertraut, statt dessen jener die Krankheit, die ihn in Todesgefahr bringt, sich selbt zuzieht. Ist also die Pockeninokulation erlaubt?“

Diese Frage beantwortet KANT nicht, aber an einer späteren Stelle ist er geneigt, dem Einzelnen die Entscheidung zu verweigern und nur dem Staate das Recht der Einführung der Inokulation als einer durchgängigen Mafsregel zu vindizieren.

Das Blatternbalzen war und blieb ein Rettungsanker, der, in der Pockennot ausgeworfen, sehr vielen genützt und manchem geschadet hat, aber ein Freudenschrei ging durch die Welt, als JENNERS Entdeckung bekannt wurde.

Die am 14. Mai 1796 von EDWARD JENNER ausgeführte Impfung des Knaben Phipps mit der Lymphe, welche JENNER der Sarah Nelmes, einem Milchmädchen, entnommen hatte, die ihre Hand mit einer Kornähre geritzt, und die kleine Wunde beim Melken einer mit Cow-pox behafteten Kuh infiziert hatte, zeigte ein neues und ungefährliches Schutzmittel gegen das allgemeine Leiden, ein Schutzmittel, welches die Pocken niemals spontan verbreitet, wie es bei der Inokulation geschehen.

Im Jahre 1798 bekannt gegeben, wurde binnen kurzem das neue Verfahren überall erprobt. Schon im Jahre 1807 wurde es in Bayern durch die Gesetzgebung für alle Neugeborenen gesetzlich eingeführt.

Seitdem hat die Kuhpockenimpfung Bayerns allen anderen Staaten zum Muster dienen können. Im Jahre 1810 folgte Dänemark mit indirektem Impfzwang, 1816 Schweden mit direktem Impfzwang. Baden erhielt im Jahre 1815, Württemberg 1818 ein Impfgesetz, und der Kurfürst von Hessen gab seinem Lande schier drakonische Impfverordnungen. Schon das erste Impfversäumnis wurde dort mit 1 bis 5 ℳ bestraft und die Strafe im nächsten Jahre im Wiederholungsfalle verdoppelt. England führte im Jahre 1853 den Impfzwang für die kleinen Kinder ein. Die Wiederimpfung galt nirgends, als in Nassau, Anhalt und in Sachsen-Meiningen.

Die übrigen Staaten begnügten sich mit ungenügenden Verordnungen, welche den Blattern nicht ganz abhelfen konnten. Das gilt auch von Preußen. Hier aber wurde im Jahre 1838 die Impfung, bezw. Wiederimpfung des Militärs angeordnet und durchgeführt.

Eine Ausnahme von allen bildete der Papst Leo X.; dieser erklärte in den zwanziger Jahren die Impfkommissionen für revolutionäre Institute, die er abschaffte.

Als binnen weniger Jahre die Jennersche Entdeckung überallhin bekannt geworden war und als man sie mit Nutzen angewendet hatte, erloschen die Blattern beinahe überall. Die Erwachsenen besaßen den Schutz der überstandenen Blattern, die Jugend in großer Zahl den Schutz der kürzlich ausgeführten Impfung, und im Falle des Ausbruches der Blattern dämmte man ihre Ausbreitung durch die Kuhpockenimpfung ein.

Schon glaubte man, die Pocken seien gänzlich überwunden. Aber die Annahme einer lebenslänglichen Dauer des Impfschutzes erwies sich als irrig, denn um die Mitte der zwanziger Jahre dieses Jahrhunderts mehrten sich wieder die Pockenfälle, und es kam zur Erkrankung einstmals Geimpfter. Der Impfschutz hielt nach zwanzigjähriger Dauer nicht mehr dicht.

Im Laufe der Jahrzehnte kam es zu immer ernsthafteren Epidemien, deren schlimmste um das Ende der sechziger und im Anfang der siebziger Jahre hie und da ungefähr ebensoviele Opfer forderte, wie in der Zeit vor Jenner. Scheinbar hatte die Krankheit ihren Charakter geändert, sie war früher eine Kinderkrankheit, jetzt war sie im Kreise der Geimpften zu einer Krankheit der Erwachsenen und der alten Leute geworden; bei den Leuten mittleren Alters verlief sie meistens in milder Form und kam schneller zur Heilung; erst dem Alter wurde sie sehr gefährlich. Hier in Hamburg ist 1871 kein Geimpfter vor dem 17. Lebensjahre an den Blattern gestorben. Dagegen ergriffen die Blattern die Ungeimpften jeden Alters, unterschiedlos, ganz so wie früher, sie konnten aber fast nur ungeimpfte Kinder treffen, weil es fast keine ungeimpften

Erwachsenen gab. Die ungeimpften Kinder also stellten aufs neue ein grofses Contingent aller Pockentodesfälle.

Auf diese Weise wird die Verschiedenheit der Beteiligung der Altersklassen am Pockensterben vor und nach JENNER erklärlich.

Die Epidemie des Jahres 1871 erwies den Nutzen der Impfung und das Ungenügende der bisherigen Impfgesetze so schlagend, dafs wir zunächst im Jahre 1872 das hamburgische und im Jahre 1874 das deutsche Reichsimpfgesetz erhielten, welche Impfung und Wiederimpfung obligatorisch machten.

Dieses Mittel schlug die Pocken in Deutschland nieder.

Überall in Europa blieben die Pocken ebenso verbreitet, wie vorher, aber in Deutschland erlosch die Seuche, und sie ist jetzt seit über 20 Jahren nur hie und da, infolge von Einschleppung, zu geringer Verbreitung gelangt, um alsbald wieder unterdrückt zu werden. Einheimischen Ursprungs gab es nur wenige Fälle, die nirgends zur Ausbreitung gelangt sind.

Wird diese Pockenfreiheit Deutschlands von Dauer sein?

Ein nennenswerter Faktor unterstützte bisher den Impfschutz, der nach und nach schwindet; das ist die grofse Zahl der Blatternnarbigen, der nach überstandener Blatternkrankheit gegen das Kontagium unempfänglichen Leute in Deutschland. Diese sterben nach und nach aus, an ihre Stelle treten die mit dem Impfschutz Behafteten, dessen Kraft nicht so lange vorhält, wie der Pockenschutz. So mögen in Hamburg während der Epidemie der Jahre 1870 bis 1872 gegen 40000 Menschen die Blattern überstanden haben, und für die Zukunft immun geblieben sein. In Preufsen starben nach KÜBLER während der neun Jahre 1866 bis 1874 mehr als 7 von 1000 Einwohnern an den Blattern, mithin dürften 7- bis 10mal soviele durch die überstandenen Pocken immun geworden sein, also etwa jeder 20. Mensch. Das ist ein ganz wesentlicher Faktor zur Unterdrückung der Krankheit, der aber nach und nach verschwindet und gegenüber der vom Auslande fortdauernden Invasionsgefahr ersetzt werden mufs durch den kurzlebigeren Schutz der Vaccine. Dieser Gefahr gegenüber werden in Zukunft die einst Geimpften und Wiedergeimpften, wenn sie das Alter von 30 oder mehr Jahren erreicht haben, nicht völlig gesichert sein, daher mufs es die Aufgabe der Behörden bleiben, ein wachsames Auge auf die Abwehr der Pockeneinschleppung, auf die Durchführung des Impfgesetzes, wie auf eventuelle Nachimpfungen zu werfen. Die aufserdeutschen Regierungen aber sollten darauf bedacht sein, die JENNERsche Entdeckung in ähnlicher Weise nutzbringend zu verwerten, wie es in Deutschland geschehen, wie sie sich in Deutschland bewährt hat. Dann könnte vielleicht nach aber 100 Jahren die ganze civilisierte Welt pockenfrei geworden sein.

Indessen wird jede Regierung, welche ein so wirksames Impfgesetz, wie unser deutsches Impfgesetz nun einmal ist, einführen will, sich gefafst machen müssen auf einen lebhaften Widerstand in den Kreisen der ungebildeten Bevölkerung. In Deutschland hat es daran, als das Gesetz eingeführt wurde, nicht gefehlt, und man versucht seine Abschaffung noch immer mit erlaubten und unerlaubten Mitteln zu erwirken. Schlagworte, wie Massenmord, Volksvergiftung, Syphilidisierung des deutschen Volkes, Vertierung des Volkes durch die Tierlymphe und ein ganz neuerdings aufgewärmtes: das Schwinden der Frauenbrust durch die Impfung — so zu lesen im: Der Impfgegner 1896 S. 29 — mufs man als billige Ware hinnehmen.

Prüft man alle diese Klagen über Impfschädigungen genauer, so bleibt, seitdem durch die Einführung der animalen Vaccine die Gefahr der Impfsyphilis und Impflepra beseitigt ist, nichts Erhebliches bestehen. Theoretisch wäre die Übertragung der Tuberkulose mit dem Impfstoffe zugleich allenfalls denkbar, doch ist noch kein einziger solcher Fall bekannt geworden. Überdies ist in Deutschland selbst dieser nur theoretischen Gefahr dadurch vorgebeugt worden, dafs jedes Impftier geschlachtet und nachher tierärztlich besichtigt werden mufs, und dafs seine Lymphe nicht benutzt werden darf, bevor diese Besichtigung der inneren Teile des Tieres die völlige Gesundheit seiner Organe ergeben hat. Damit sollte auch der Kleingläubigste sich beruhigen; die Impfgegner aber sind selbst hiermit nicht zufrieden und versuchen immer wieder Fälle von Tuberkulose bei einstmals Geimpften der Impfung in die Schuhe zu schieben, obwohl die Impfung solche Krankheit bei den dermaligen Einrichtungen gar nicht übertragen kann.

In den Staaten, in welchen ungeordnetere Impfverhältnisse herrschen — wie z. B. in Rufsland, mag möglicherweise die Vaccination gelegentlich unliebsame Folgen veranlassen, aber in Deutschland ist ein Impfschaden kaum anders, denn als Unglücksfall möglich.

Meine Herren! Die in Deutschland seither vorgekommenen sogenannten Impfschäden verdanken ihre Entstehung beinahe ausnahmslos einer verkehrten, meistens einer vernachlässigten Behandlung der Impfpusteln seitens der Angehörigen der kleinen Impflinge.

Um mir thunlichste Klarheit über die sogenannten Impfschäden zu verschaffen, habe ich in meiner amtlichen Stellung im Laufe zweier Jahrzehnte ungefähr eine Drittel Million Impflinge auf den Erfolg ihrer Impfung geprüft und dabei jeden nennenswerten Schaden sofort notiert und ihn später, so gut es ging, auch unter polizeiärztlicher Hülfe bis zu seinem Ablauf verfolgt. Gestatten Sie mir, Ihnen mitzuteilen, was z. B. im Laufe der letzten fünf Jahre bis 1894 unter nahezu 100000 Geimpften vorgekommen ist.

Da habe ich zunächst zu nennen 35 Fälle allgemeiner Vaccine, und zwar 17 Fälle des morbillösen Exanthems, 18 Fälle papulösen und pustulösen Ausschlags der generalisierten Vaccine. Diese Fälle sind keine Impfschäden, sondern nur ungewöhnliche Erscheinung des im übrigen regelmäfsigen, sowie auch zur rechten Zeit ablaufenden Vaccineprozesses.

An sogenannten Impfschäden gab es 69, nämlich: 11 Fälle von Urticaria, 8 Fälle von Impetigo und 27 Fälle von Ekzem. In diese Zahl sind die herpetischen, die Prurigo- und Miliariaformen inbegriffen. Sodann 2 Fälle von Psoriasis, 2 Purpura, 1 Pemphigus, 3 Stomatitis aphthosa. Ferner 2 Abscesse, 1 Bubo axillaris purulentus, 1 Furunculosis, 5 Geschwüre der Impfpusteln, 2 Erysipele. Endlich 4 Fälle von Augenentzündung. Dazu kommen dann noch einige Fälle stärkerer Randentzündung um die Impfpusteln, welche namentlich Revaccinierte betrafen.

Fast in jedem dieser 69 Fälle liefs sich nachweisen, dafs eine von der Impfung ganz unabhängige Ursache den Schaden veranlafst haben mufste und, dafs die Kranken binnen ganz kurzer Zeit wiederhergestellt wurden. Der einzige Todesfall ereignete sich bei einer Verschwärung der Impfpusteln. Hier handelte es sich aber nicht um einen eigentlichen Impfschaden, sondern um eine nachträglich entstandene Wunderkrankung, denn dieses Kind hatte noch am siebenten Tage nach der Impfung vollkommen gesunde Impfpusteln.

Vergleicht man die hier gebrachten, der Wirklichkeit entsprechenden Zahlen mit dem lärmenden Notgeschrei der Impfgegner, so erkennt man die dreiste, zielbewufste Wahrheitswidrigkeit oder die traurige Unwissenheit dieser Leute.

Mit gutem Gewissen kann man sagen, dafs der geringe Zwang, den das Impfgesetz jedem Einzelnen auferlegt, wohl zu verantworten ist gegenüber den Verheerungen, welche die Blattern in den, durch keine Impfung geschützten Ländern angerichtet haben und alljährlich noch anrichten.

Die Jennersche Entdeckung wurde zu einem Segen für die ganze Welt, und die Art und Weise, wie die Jennersche Kuhpockenimpfung in Deutschland angewendet worden ist und noch wirkt, bedeutet bis jetzt wohl den gröfssten Triumph, den die Hygiene jemals gehabt hat.

Humanisierte und animale Vaccine.

Vortrag,

gehalten am 5. Mai 1896 in der Festsitzung des ärztlichen Vereins zu Hamburg.

Von

Dr. E. Paschen,
Hamburg.

Meine Herren!

Unter dem Einflusse der verheerenden Pockenepidemie der Jahre 1871—73 wurde nach langen Vorarbeiten am 8. April 1874 das Reichsimpfgesetz erlassen. Die grofse Zahl der Erkrankungen und Todesfälle — freilich im Vergleiche zu der Vor-Jennerschen Zeit eine geringe — hatte auf das klarste bewiesen, dafs ohne ein einheitliches Gesetz, das die Impfung und vor allem auch die Wiederimpfung vorschrieb, die fürchterliche Krankheit nicht bekämpft werden könne. Die alte Ansicht, dafs einmaliges Impfen dauernd immun mache, hatte sich schon im Anfange des Jahrhunderts als irrig erwiesen. So hatten denn einzelne Staaten schon in den dreifsiger Jahren bei ihren Truppen die Revaccination eingeführt. Bei der Civilbevölkerung war die Revaccination in manchen Staaten zwar durch Ministerialerlafs empfohlen, aber nicht vorgeschrieben, trotzdem die Erfahrungen bei der Armee günstig waren. Nur in Nassau, Sachsen-Meiningen und Anhalt war die Revaccination gesetzlich eingeführt. In Preufsen gab es überhaupt keinen Impfzwang. Man war der milde auftretenden Krankheit gegenüber sorglos, vielfach unterblieb die Impfung. So fand die Invasion der Pocken, die durch den Krieg 1870/71 besonders begünstigt wurde, guten Boden.

Die Impfung wurde zu dieser Zeit fast ausschliefslich mit humanisierter Lymphe ausgeführt; es wurde von Arm zu Arm, oder mit konservierter humanisierter Lymphe geimpft. Abimpfzwang bestand nur in einzelnen Staaten. War das Impfgeschäft vorher nur mit grofser Mühe durchzuführen, so wurde durch das Reichsimpfgesetz, durch das die Zahl der Impfpflichtigen plötzlich auf eine gewaltige Höhe gebracht wurde, die Verantwortlichkeit und die Arbeit der Impfärzte eine viel gröfsere.

Dr. Reiter, der über 40 Jahre lang dem Impfwesen in Bayern vorstand, schildert in anschaulicher Weise die vielfachen Mühen des damaligen Impfarztes. Die Lymphe konnte der Impfarzt in München sich gesetzlich nur in den Gebäranstalten von Neugeborenen — einem denkbar schlechten Material — verschaffen, da kein Abimpfzwang bestand.

Prämien wurden an Abimpflinge bezahlt. Das Honorar für jeden Mutterimpfling wechselte nach Zeit und Bedarf von 1—4 fl.; doch konnte man bei jedem Kinde 1 fl. zurechnen, weil man die Mütter doch mit Kaffee oder Bier regalieren, die Kinder mit Süfsigkeiten, Obst und dergleichen beschenken mufste. Bei den Mutterimpflingen wurden auf jedem Arme 8—10 Schnitte gemacht, aber nur der linke Arm wurde abgeimpft, der rechte nicht, damit die Mütter sich allenfalls auch anderweitig etwas verdienen könnten. Eine Mutter mit Zwillingen verdiente sich auf diese Weise einmal 100 fl.

Zu der Abneigung, die Lieblinge durch das Abimpfen quälen zu lassen, kam die Furcht, dafs durch das Abimpfen der Impfschutz verloren ginge; die geimpften Kinder wurden der Nachschau entzogen. So bildete sich die Gewohnheit aus, mindestens eine Pustel unberührt zu lassen.

Der Kampf um die Abimpflinge machte sich jetzt nach dem Reichsimpfgesetz bei den Massenimpfungen erst recht geltend; es handelte sich darum, massenhaft Abimpflinge zu finden. Dabei konnten aus Gesundheitsrücksichten nach vielen Erfahrungen nur 10% der Kinder verwendet werden. Von Revaccinierten wurde nur ungern weiter geimpft, teils war es auch ausdrücklich verboten. In den überfüllten Terminen handelte es sich darum, jeden Abimpfling genau zu untersuchen, die Impfsyphilis drohte als Gespenst. Wenn auch durch viele Arbeiten bewiesen war, dafs, wenn die reine Lymphe von syphilitischen Kindern überimpft, stets nur Vaccine überimpft wurde, dafs eine Infektion nur stattfand, wenn Blut mit der Lymphe überimpft worden war, dafs bis auf wenige Fälle die Infektion hätte vermieden werden können bei auch nur oberflächlicher Untersuchung, so war die Syphilis doch das Damoklesschwert für die Impfärzte.

Für die Impfgegner war es die Hauptwaffe.

Alle diese Umstände trugen dazu bei, dafs die Impfärzte sich nach anderen Quellen für die Impfung umsahen. So war es natürlich, dafs man auch in Deutschland, und speziell in Hamburg, im Anschlufse an einen traurigen Fall, die animale Impfung ins Auge fafste, die schon anderweitig mit gutem Erfolge ausgeführt worden war. Der wissenschaftliche Nachweis, dafs die animale Lymphe dieselbe Schutzkraft, wie die humanisierte, wie das Überstehen von Pocken verschafft, war schon von Jenner geliefert und später immer bestätigt worden. Spätere vielfache Untersuchungen, zahlreiche Tierexperimente hatten die pathologische Zusammengehörigkeit aller Tierpocken, die Fähigkeit von Menschen- und Tierpocken, sich gegenseitig zu vertreten, bewiesen. Schon 1810 wurde durch Galbiati ursprüngliche Kuhpockenlymphe aus Wien nach Neapel gebracht zur Gründung einer speziell für den Bourbonischen Hof be-

stimmten Impfanstalt. Sein Nachfolger NEGRI arbeitete mit einem aus England erhaltenen Stoffe. Von Italien kam der angeblich von Kalb zu Kalb fortgezüchtete Stamm 1865 nach Frankreich durch LANOIX. Kurze Zeit darauf wurde der in der Geschichte der animalen Impfung so berühmte Beaugencystamm von LANOIX entdeckt und nach Paris verpflanzt. Von hier brachte WARLOMONT Lymphe nach Brüssel; von Brüssel BEZETH Lymphe nach Rotterdam. Hier fand sie VOIGT, der von den Hamburger Behörden nach Holland zum Studium der animalen Impfung geschickt war, vor und verpflanzte sie nach Hamburg, wo die erste staatliche animale Impfanstalt gegründet wurde. Von hier aus hat die animale Impfung ihren Weg über Deutschland genommen. In Berlin bestand seit 1864 die Privatimpfanstalt von Dr. PISSIN, welche die Fortpflanzung der animalen Lymphe methodisch besorgte.

Nach dem Vorgange von JENNER, der die originären Kuhpocken gefunden hatte, sahen viele nur diese als vollgültig an. Jeder, der zufällig originäre Kuhpocken gefunden, pries die Güte seines Stammes. — Und mit Recht; hatte man doch vielfach bemerkt, dafs dieselben sich oft als besonders kräftig bei der Impfung bewiesen. Allerdings hatte THIELE bereits 1839 nachgewiesen, dafs die angeblich originären Kuhpocken nichts anderes wären, als echte Menschenpocken, die durch Passieren des Kuhorganismus abgeschwächt seien; die Bestätigung, dafs es keine originäre Kuhpocken giebt, dafs sie stets auf Infektion von Menschenhand zurückzuführen seien, brachten erst 40 Jahre später BOLLINGER und STAMM. Die kräftiger originären Kuhpocken stammten demnach von Infektion durch Variola, die milder wirkenden waren vielleich Retrovaccine. Seitdem die Pocken in Deutschland verschwunden sind, hört man auch nichts mehr von originären Kuhpocken. Man braucht dieselben auch nicht mehr; man lernte die animale Vaccine von Kalb zu Kalb weiter zu züchten. Doch mufste jeder erst seine Lehrjahre durchmachen; bei vielen versagte die weitere Übertragung schon nach der zweiten und dritten Generation, und es mufste immer wieder zu neuer animaler Lymphe aus anderen Anstalten oder zur Retrovaccine gegriffen werden. Viele Anstalten waren angewiesen auf ganz junge Kälber von 8—14 Tagen, die sich erfahrungsgemäfs zur Züchtung animaler Lymphe schlecht eignen. Bei manchen Kälbern trat vorzeitige Eiterung ein, da man beim Impfen nicht aseptisch verfahren war. Dann wurde teilweise zu tief, ausgiebig und dicht geimpft, die Abimpfung, statt auf der Höhe der Entwickelung, erst bei eingetretener Eiterung besorgt, die Fortpflanzung von anderen, als wirklich typischen Pusteln gemacht. Die Fortzüchtung mit der austretenden Lymphflüssigkeit wollte nicht gelingen, die Wichtigkeit der festen Bestandteile der Impfpusteln, des Pockenbodens, welche später durch mikroskopische Untersuchungen von ausgeschnittenen Pusteln der einzelnen

Tage durch POHL-PINCUS bestätigt wurde, war noch nicht allgemein gewürdigt.

Die Retrovaccination, die Methode, von geimpften Kindern auf Kälber zu impfen, von denen wieder auf Kinder geimpft wurde, war in Deutschland schon seit langer Zeit bekannt. Sie war eine sehr bequeme Methode, da sie nie versagte. In Württemberg war die Retrovaccination 1818, in München 1834, in Weimar 1835 und nachher auch in Sachsen offiziell zur Lymphegewinnung für die öffentlichen Impfungen bestimmt. Auch jetzt wird sie noch vielfach benutzt; es läfst sich gegen die Güte derselben auch nichts einwenden. Man ist aber stets abhängig von Abimpflingen, besonders ängstliche Gemüter fürchten eine Übertragung von Krankheiten. Eine weitere Fortzüchtung der Retrovaccine durch mehrere Generationen von Kälbern hat stets grofse Schwierigkeiten gemacht.

Um die animale Lymphe zu stärken, die beim Passieren durch viele Generationen allmählich an Kraft verlor, wie man zu bemerken glaubte, griff man zu verschiedenen Mitteln. Die Beobachtung, dafs die originären Kuhpocken besonders kräftig wirkten, die Überzeugung von der Identität derselben mit den Menschenpocken führte zu den Versuchen, die Variolavaccine künstlich zu erzeugen.

Schon 1807 hatte der Physikus GASSNER in Würzburg in Bayern mit Erfolg die Variola auf Kühe übertragen, weitere erfolgreiche Versuche hatten THIELE in Kasan 1831, REITER in München 1840, CEELY in Aylesbury, SENFFT in Bierstadt u. a. mehr gemacht. Diesen wenigen Erfolgen standen zahllose Mifserfolge gegenüber. Hier waren nach der Impfung mit Variolalymphe nur Knötchen, oft nicht einmal diese entstanden. So wurde denn auch von vielen die Übertragbarkeit geleugnet. Auf der anderen Seite wollte aber CHAUVEAU bemerkt haben, dafs nach Impfung des von diesen variolisierten Kühen gewonnenen Stoffes typische Varioloiden entstanden waren, und warnte dringend vor weiteren Versuchen mit den Worten: Der Organismus der Kühe ist ungeeignet, das Variolavirus in Vaccine umzuwandeln.

Gelegentlich einiger in Hamburg vorgekommenen Pockenfälle nahm VOIGT im Jahre 1881 die alten Versuche wieder auf. Hier war der alte Beaugencystamm erfolgreich von Kalb zu Kalb gezüchtet worden; nach aufsen waren zahlreiche Sendungen von Lymphe geschickt worden zur Animpfung. Die Erfolge der animalen Impfung waren von Jahr zu Jahr besser geworden, die Prozentzahl der mit humanisierter Lymphe Geimpften immer geringer. Das Publikum begrüfste die Neuerung mit Freude. Die zahlreichen Krankheiten, mit denen die Impfgegner graulich machten, Syphilis, Tuberkulose, Lepra etc., konnten nicht übertragen werden. Syphilis haftet nicht auf dem Rinde; eine kutane Impfung kann Tuberkulose nie übertragen. Dazu wurde später jedes Kalb gleich nach

der Impfung geschlachtet und tierärztlich untersucht; von kranken Tieren wurde die Lymphe nicht benutzt. Die Furcht vor Übertragbarkeit von spezifischen Tierkrankheiten, die natürlich auch von den Impfgegnern behauptet wurde, konnte nicht beseitigt werden. Die in Hamburg zuerst eingeführte Thermometrie des Kalbes war ein genauer Anhaltspunkt für das Fehlen von entzündlichen Prozessen.

Die Versuche, die Variolalymphe auf Kälber zu übertragen, gelangen in der Hamburger Impfanstalt; der von CHAUVEAU verlangte letzte experimentelle Beleg: Wenn das Virus Vaccine ist, gleich der JENNERschen Vaccine, so muſs bei einer Rückimpfung auf die Kuh sofort die Vaccine entstehen; im anderen Falle — Variola — kann auf der Kuh nie das knötchenhafte Exanthem entstehen — wurde gebracht. Nachdem der neue Lymphstamm durch 20 Kälber geleitet war, wurde er seit dem 31. Dezember 1881 als alleinige Impflymphe für den Hamburger Staat verwertet; die Erfolge waren glänzend. Verschiedene Impfsanstalten legten mit der Hamburger Variola-Vaccine neue kräftige Impfstämme an. 1886 und 1890 gelangen FISCHER in Karlsruhe, 1889 HACCIUS in Genf, 1892 HIME in Bradford, 1896 FREYER dieselben Versuche; in Hamburg später angestellte Versuche in dieser Richtung blieben ohne Erfolg.

Die groſsartigen Erfolge der Bakteriologie veranlaſsten natürlich auch ein genaues Studium der Variola und der Vaccine. Vielfache Experimente waren schon früher gemacht, deren Ergebnisse die bakteriologische Forschung sich weiter zu Nutze machte. Ich erinnere an die Versuche CHAUVEAUS, der nach Einführung von Lymphe in den Magen die Trachea u. s. w. beim Pferde eine Allgemeineruption folgen sah und mit dem Inhalte der Bläschen erfolgreich impfte. Später brachte CAZALAS einem Kinde Impfstoff in Suppe bei; am sechsten Tage entstand eine Eruption von ca. 180 Bläschen. Bei Verimpfungen mit Blut von Blatternkranken und künstlich Vaccinierten war es nicht gelungen, Immunität zu erreichen; erst bei Transfusion von Vaccineblut in groſsen Mengen erreichte man dieselbe. REITER nahm an, daſs der Impfstoff im Blute nur wegen seiner starken Verdünnung so schwer infiziere.

Im Jahre 1885 gelang es, in der Hamburger Impfanstalt aus den Impfpusteln mittelst Reinkulturverfahrens Kokken zu züchten, welche, als sie auf Kälber verimpft wurden, an diesen Tieren teils am Orte der Einimpfung, teils als generalisierter Ausschlag Vaccinepusteln hervorriefen. Der Inhalt der auf diese Weise entstandenen Pusteln lieſs sich nachher von Kalb zu Kalb fortpflanzen; auch er brachte verimpft Immunität gegen Impfung mit Vaccine. Aus dem Blute eines geimpften Kindes züchteten RUETE und ENOCH 1893 denselben Coccus; eine Reinkultur desselben brachte an Kälbern und von da auf Kindern charakteristische Pusteln. Eine spätere Impfung mit Vaccine war bei Kalb und Kindern

ohne Erfolg. Der Beweis war jedenfalls gebracht, daſs mittelst Züchtung dieser Kokken der Kreis von der Vaccine zur Reinkultur und von dieser wieder zurück zur Vaccine erfolgreich geschlossen war. Auch von anderer Seite waren konstant dieselben Kokken in der Lymphe gefunden, so von GARRÉ, SIEGEL u. a.

Die vaccinale Eigenschaft der Kokken ist nun von vielen Seiten bestritten worden; es wurde gezeigt, daſs sehr wirksame Glycerinlymphe älteren Datums keine oder verschwindend wenig Bakterien enthält, während frische Lymphe sie sehr zahlreich birgt.

PFEIFFER nimmt Protozoen als Krankheitserreger an, welche sich durch Corneaimpfung an Kaninchen ausgezeichnet beobachten lassen. GUARNIERI in Pisa hatte in ähnlicher Weise ein endocelluläres, amöbenförmiges Wesen mit deutlichem Kurs beschrieben.

Auch die Serumtherapie machte sich auf dem Gebiete der Vaccine geltend. In der Hamburger Impfanstalt wurden im vorigen Jahre derartige Versuche, wie sie von anderer Seite schon vorher gemacht, wiederholt. Wie die anderen, hatten auch wir negative Resultate. Von französischer Seite war bei Variola Serum von Leuten, die Pocken überstanden hatten, injiziert, auch hier ohne irgend einen Einfluſs auf den Krankheitsverlauf.

Die Technik der animalen Impfung hatte inzwischen groſse Fortschritte gemacht, die es erst ermöglichten, die animale Vaccine bei den Massenimpfungen zu verwerten. Die alte italienische Methode, die ganzen Pusteln des Kalbes auszuschneiden und mit dem Inhalt derselben zu impfen, fand in Deutschland wenig Nachahmung. Man impfte hier in den Impfanstalten mit animaler Lymphe von Kalb auf Arm in den öffentlichen Terminen. Die Konservierung der Lymphe geschah in Röhrchen oder zwischen Glasplatten oder auf kleinen Elfenbeinstiften. Die Röhrchen wurden mit Lymphe, die mit Glycerin und destilliertem Wasser ā gemischt war, gefüllt.

Die Impfung von Kalb auf Arm erforderte eine sehr groſse Zahl von Kälbern, da der gewonnene Stoff nur an einem Termin Verwendung fand. Einen groſsen Fortschritt brachte die Verreibung der Lymphe mit Glycerin. Dadurch ist es jetzt möglich, hier in Hamburg, die ca. 30 000 öffentlichen, sowie alle privatärztlichen Impfungen mit 50 Kälbern zu besorgen.

In Hessen wurde durch REISSNER eine andere, sehr ausgiebige Methode erfunden, das Austrocknen der Pusteln im Exsiccator und nachheriges Pulverisieren. Das REISSNERsche Pulver wird vor dem Gebrauch mit Wasser verrieben; man erhält auf diese Weise einen sehr kräftigen Impfstoff. In Deutschland bestehen jetzt 25 staatliche Impfgewinnungsanstalten, die im stande sind, das ganze Reich mit animaler Lymphe zu

versorgen. Mit verschwindenden Ausnahmen wird in Deutschland nur mit animaler Lymphe geimpft.

Meine Herren! Immer wird es wieder versucht werden, besonders in der jetzigen Zeit, den spezifischen Erreger der Vaccine, resp. der Variola rein zu züchten. Schon vor 15 Jahren setzte die Company of Grocers in England einen Preis von 1000 £ für die Lösung folgender Aufgabe aus: Es soll eine Methode erfunden werden, welche gestattet, das Vaccinekontagium aufserhalb des Tierkörpers in irgend einem nicht zymotischen Material zu kultivieren, so dafs das Kontagium unbegrenzt in immer neuen Generationen von derselben Wirksamkeit sich erweise, wie echte Vaccinallymphe. Wird diese Aufgabe je gelöst werden?

Meine Herren! Die Variola ist wohl von allen Infektionskrankheiten am besten studiert, experimentell wegen der Leichtigkeit der Übertragung bei den verschiedenen Tierspezies am meisten erforscht. Sie ist die einzige Krankheit, bei der wir durch Impfung mit Erfolg auf Jahre Immunität erlangen. Wir kennen bis jetzt nicht den Träger der Infektion und die Art seiner Entwickelung. Ob das Reagensglas, mit welchem Serum oder Medium es sei, im stande sein wird, den lebenden Organismus zu ersetzen und die Eigenschaften zu verleihen, welche bei der Impfung die Immunität sichern, wer weifs es?

Wir wollen uns freuen, dafs wir in dem von dem unsterblichen Jenner gefundenen Impfschutze der Vaccine ein so mächtiges Mittel zur Bekämpfung der Pocken haben, ein Mittel, das bei immer gröfserer Verbreitung vielleicht die Pocken für immer aus der Welt schafft.

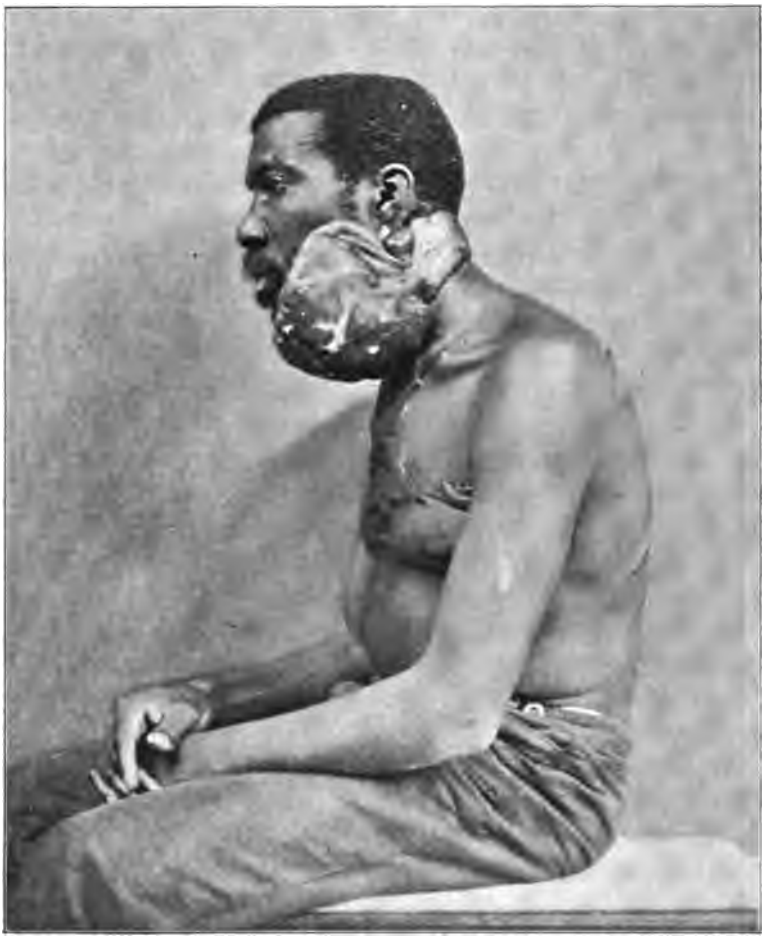
Multiples Spontankeloid.

Von

A. Ravogli, M. D., Cincinnati, Ohio.

Dieses Thema habe ich nicht etwa aus dem Grunde ausgewählt, weil ich neue Beobachtungen oder neue Theorien betreffs dieses eigentümlichen Hautleidens mitzuteilen hätte, sondern blofs zu dem Zwecke, um ein Photogramm bekannt zu geben von einem Falle, welcher, soweit meine persönlichen Kenntnisse reichen, unter allen bisher beobachteten der auffallendste ist.

Der Patient, Church Reed mit Namen, gehört der farbigen Rasse an, ist 43 Jahre alt, Reitknecht und stammt aus Kentucky. Er ist gut gebaut, von ausgezeichneter physischer Entwickelung und mit einer kräftig entwickelten Muskulatur ausgestattet. Die Haare zeigen die seiner Abstammung eigene Beschaffenheit und sind in reichlicher Menge vorhanden. Der Panniculus adiposus ist ebenfalls gut ausgebildet. Die



Anamnese ergiebt gar keinen Anhalt für hereditäre Belastung, und der Patient hat niemals Syphilis gehabt. Er hat vielmehr sich stets einer guten Gesundheit erfreut und kann sich überhaupt nicht erinnern, jemals krank gewesen zu sein. Nur hat er vor etwa 16 Jahren von einem Pferde einen Huftritt gegen die Stirn erlitten, wobei die linke Supraorbitalgegend Sitz einer langen, klaffenden Wunde wurde, welche eine längere Behandlung im Krankenhause nötig machte und schliefslich eine

ausgedehnte, unregelmäfsige, aber glatte Narbe hinterliefs. Ein Jahr nach diesem Ereignis, also vor etwa 15 Jahren, bemerkte er auf der linken Seite des Halses einen kleinen, elastischen Tumor von Halberbsengröfse, welcher weder schmerzte, noch ihm sonst irgend welche Beschwerden verursachte. Da er wahrnahm, dafs derselbe allmählich sich vergröfserte, befragte er deswegen einen Arzt, der die Diagnose Keloid stellte und von jedwelchem Eingriffe abriet. Das Gewächs bereitete ihm noch immer keinerlei Unbequemlichkeiten, nur nahm dasselbe stetig langsam zu.

Vier Jahre nachher bemerkte er etwas wie einen dunklen Fleck auf der Sternalgegend, der sich zu einem flachen Tumor ausbildete. Um dieselbe Zeit fingen zahlreiche Geschwülste der gleichen Art sich auf seiner Brust, den Schultern und dem Rücken zu entwickeln an. Einige davon verwuchsen miteinander und bedeckten eine grofse Hautstrecke an diesen Regionen.

Gegenwärtig ist der Mann sehr mifsmutig und deprimiert, da er sich seit fast zwei Jahren im Krankenhause befindet. Sein Appetit ist gut, und sämtliche Organe funktionieren regelmäfsig. Am meisten quält ihn das Keloid am Halse. Es umgiebt den ganzen Hals und zwingt ihn, den Kopf nach hintenüber gebeugt zu halten, wobei auch jede weitere Bewegung des Halses unmöglich gemacht ist. Der Tumor ist an den Rändern am meisten gewulstet und dehnt sich kreisförmig nach der Peripherie hin aus. Derselbe ist seidenartig und glatt anzufühlen und läfst auf Druck eine gewisse Elastizität erkennen; seine Farbe ist dunkel mit einigen eingesprengten weifsen Stellen, welche gänzlich pigmentlos sind. Der untere Rand, an den sich die Haut des unteren Teiles des Halses reibt, hat an letzterer Exkoriationen hervorgerufen, aus denen sich ein eiteriges Sekret absondert.

Das auf der Brust lokalisierte Keloid ist flach, hat eine hellere Farbe und dehnt sich über die ganze Sternalgegend aus, wobei noch einige Ausläufer nach beiden Seiten sich ausbreiten, wie aus dem Photogramm ersichtlich ist. Es handelt sich um ein typisches Keloid, welches mit den Beschreibungen von gewöhnlichen Keloidfällen vollkommen übereinstimmt. Weitere Keloide in verschiedener Gröfse finden sich noch auf der Brust, den Schultern, dem Rücken und den Armen.

Ich entfernte von dem am Halse lokalisierten Tumor ein kleines Stück zur mikroskopischen Untersuchung. Dasselbe war von runder Form und zeigte auf dem Querschnitt eine von dunkler Epidermis umschlossene, dicke, weifsliche Masse. Die verletzte Oberfläche war nur wenig schmerzhaft und heilte nach wenigen Tagen vollständig zu. Das Präparat wurde in Alkohol gehärtet, und die daraus angefertigten Schnitte färbte ich mit Hämatoxylin. Die Epidermis erscheint normal, während die Zellen der Hornschicht etwas vergröfsert sind und eingelagerte

Körnchen in den Zwischenräumen erkennen lassen. Das Stratum lucidum ist vollständig normal. Die das Stratum Malpighii bildenden Zellen sind ebenfalls normal und enthalten grofse Kerne in ihrem Protoplasma. Im Stratum spinosum ist eine beträchtliche Ablagerung von Pigment, wie dies der Negerhaut eigentümlich ist, nachzuweisen.

Die Papillen sind zwar etwas vergröfsert, ihr Stroma ist aber normal. In meinen sämtlichen Präparaten sind nur sehr wenige Schweifsdrüsen aufzufinden; ebenso sind nur wenige Haarfollikel in denselben verstreut. Die Blutgefäfse sind reichlich entwickelt und bilden unterhalb der Papillen ein feines Geflecht. Die Wandungen der Blutgefäfse weisen eine grofse Anzahl Kerne auf, wie man an Querschnitten durch dieselben sehr deutlich erkennen kann. Die Adventitia der Gefäfse enthält bei weitem am meisten davon, und das umgebende Bindegewebe zeigt eine erhebliche Ansammlung von grofsen Bindegewebskörperchen in den Fasern eingelagert. Diese Veränderungen an den Elementargeweben sind im eigentlichen Derma deutlicher entwickelt. Die dünnen Bindegewebsfasern, aus denen das Stroma des Dermas besteht, sind durch grofse, hypertrophische Fasern ersetzt, welch letztere in den oberen Schichten einen wellenförmigen Verlauf nehmen, und wenn sie gegen eine Schweifsdrüse oder einen Haarfollikel treffen, so umgehen sie dieselben und setzen so ihren Lauf fort. In den tieferen Lagen ist die Hypertrophie der Bindegewebsfasern immer noch deutlicher entwickelt. Dagegen waren elastische Fasern nicht aufzufinden gewesen.

Nach den nämlichen histologischen Befunden schliefst Warren, dafs der Ursprung des Keloids in die Wandungen der gröfseren Blutgefäfse zu verlegen sei. Er behauptet, dafs die Rundzellen in der Adventitia der kleinen Arterien im Beginne dieses Leidens zuerst in spindelförmige Zellen und später im Laufe der Zeit in Bindegewebsfasern umgewandelt werden. Dieser Auffassung tritt indessen J. Thorn[1] entgegen, indem er die Ansicht vertritt, dafs, falls das Keloid von den Wandungen der Arterien erzeugt würde, unbedingt etwas glattes Muskelgewebe im Stroma zu finden sein müfste. Muskelgewebe ist in der Tunica media der Arterien so reichlich vorhanden, dafs es unmöglich sein würde, einen vollständigen Mangel an diesem histologischen Elemente konstatieren zu müssen, wenn wirklich das Keloid von ihren Wänden herstammte.

Meinen Präparaten nach kann ich keinen Grund einsehen, den Einfluſs der Blutgefäfse bei der Entstehung des Keloids völlig in Abrede zu stellen. Wenn wir im Stroma des Bindegewebes der Haut ein dichtes Netz von vergröfserten Blutgefäfsen konstatieren, so läfst dies an sich schon erkennen, dafs denselben eine gewisse Bedeutung bei der Entstehung

[1] *Arch. f. klin. Chir.* Berlin 1895.

des Neoplasmas zukommt. Wir finden aber überdies, dafs die Arterienwände auf Querschnitten enorm verdickt sind, und dafs sie eine grofse Anzahl Körperchen aufweisen, welche hauptsächlich von der Adventitia herstammen. Die spindelförmigen Zellen, ebenso wie die kolossalen Bindegewebsfasern sind um die Blutgefäfse herum, von denen sie ihre Nahrung und ihr Leben erhalten, dicht zusammengedrängt. Diesen Argumenten gemäfs halte ich es für jedenfalls nicht unbegründet, diesen Blutgefäfsen eine recht wichtige Rolle bei der Entstehung des Tumors zuzuschreiben, denn die Blutgefäfse sind sowohl der Zahl, wie der Kapazität nach vermehrt, ein Beweis, dafs sie im stande sind, den Bindegewebszellen eine gröfsere Menge Nahrung zuzuführen, womit deren Vitalität und Gröfse gesteigert werden, und den vergröfserten Bindegewebsfasern mehr Nahrung zugeführt wird. Bei diesem Gewächs scheint der ganze Vorgang sich auf eine Hypertrophie und Hyperplasie des Bindegewebes des Coriums zu beschränken unter Schonung der Papillarschichte. Den Bindegewebskörperchen kommt infolge ihrer gesteigerten Vitalität die Hauptrolle hierbei zu, indem dieselbe zu einer Hypertrophie der Fasern Anlafs giebt. Es ist bekannt, dafs unter normalen Verhältnissen diese Körperchen mit zunehmendem Alter an Gröfse abnehmen, bis sie kaum zu erkennen sind, während das faserige Gewebe viel deutlicher hervortritt, ganz im Gegensatz zu den beim Fötus und bei sehr jungen Geschöpfen obwaltenden Zuständen. An unseren Präparaten haben wir ein fast vollständiges Verschwinden der elastischen Fasern konstatiert, indem letztere durch ein enorm vermehrtes Bindegewebe ersetzt werden.

Der Sitz des Leidens scheint das eigentliche Derma zu sein, doch zeigen dabei die Papillen, sowie das subkutane Zellgewebe ein ganz normales Verhalten. Ich stehe nicht an, die Struktur des echten Keloids mit derjenigen der Fibrome zu vergleichen, und möchte ersteres als ein diffuses Fibrom bezeichnen. Das differentielle Merkmal ist das ergriffene anatomische Gewebe, insofern als beim Fibroma molluscum z. B. die Affektion ihren Ursprung vom subkutanen Gewebe nimmt, beim Keloid dagegen vom eigentlichen Derma. Beim Fibroma molluscum sind keine Papillen zu finden, aber im echten Keloid sind dieselben in normaler Beschaffenheit enthalten. Ich habe gefunden, dafs meine Beobachtungen mit denen SOFFIANTINIS[2] völlig übereinstimmen, indem dieser erklärt, dafs beim Keloid die elastischen Fasern fehlen, und dafs das Gewebe entschieden fibrös ist, mithin die Struktur sich als echtes Fibrom ausweise.

In Bezug auf die Ätiologie dieser Affektion ist ein Hauptgewicht auf den Einfluſs der Rasse gelegt worden, und viele Autoren sind der Meinung, dafs die Neger bedeutend gröfsere Neigung zur Entwickelung

[2] *Giorn. ital. d. mal. ven. e della pelle.* 1893.

von Keloiden besitzen, als die kaukasische Rasse. KAPOSI erwähnt einen Fall von faustgroſsem Keloid bei einem farbigem Manne und behauptet, gestützt auf die Autorität von TSCHUDI, daſs die Negerrasse eine angeborene Disposition zum Keloid besitze. Er erinnert auch daran, daſs die Tumoren ihren Ursprung nehmen von ganz kleinen Narben, z. B. den Biſswunden von Blutegeln, von Aknepusteln und den in die Ohrläppchen zum Einziehen von Ohrringen gemachten Öffnungen.

G. LEWIN[3] vertritt die nämliche Ansicht betreffs des Einflusses der Rasse beim Entstehen des Keloids. („*Über Keloid bei einem Neger.*") Er sagt, die Keloidtumoren seien auf alten syphilitischen Narben lokalisiert, und wahrscheinlich sei die syphilitische Infektion bei der Entstehung dieser Gewächse mitbeteiligt. In ganz analoger Weise hebt A. CLARAC[4] in einer Arbeit „*Über das Keloid beim Neger*" die besondere Disposition der Negerhaut zur Erzeugung fibrösen Gewebes hervor und betont, daſs eine jede Verletzung der Haut bei ihnen ein Keloid zu erzeugen geneigt ist.

Diesen Auslassungen steht entgegen ein von DE AMICIS auf dem Internationalen Dermatologen-Kongreſs in Paris 1889 geschilderter Fall. Es handelte sich um eine junge Dame der weiſsen Rasse von sehr nervösem Temperament. Nicht weniger als 318 Keloide fanden sich bei ihr auf der Skapulo-humeral-Gegend, dem Thorax, dem Abdomen und den Extremitäten mit einer gewissen Symmetrie verteilt.

Meiner Meinung nach dürfte L. FISCHER,[5] „*Ein Beitrag zur Kenntnis des Keloids*", nicht berechtigt sein, als echtes Spontankeloid einen Tumor zu bezeichnen, bei welchem er keine Papillen fand; und nach meinen Präparaten glaube ich, daſs KOHN[6] vollständig recht hat, wenn er behauptet, daſs sich das echte Spontankeloid vom falschen Keloid gerade durch das Vorhandensein von Papillen unterscheidet. Auf allen meinen Schnitten sind, wie oben berichtet wurde, die Papillen beinahe normal, trotzdem das Material von den obersten Teilen des Tumors stammte. Dasselbe Urteil gilt in Bezug auf die Schluſsfolgerungen WELANDERS,[7] der nach Besprechung eines spontanen Keloids, sowie eines anderen, von einer Narbe entstandenen zu dem Resultate gelangt, daſs ein Unterschied zwischen den beiden Arten nicht zu konstatieren sei.

Desgleichen kann ich mich mit CARL BERLINER nicht einverstanden erklären, wenn dieser in seiner sehr wissenschaftlichen Arbeit „*Über spontane Keloide*" die Behauptung aufstellt, daſs ein Unterschied zwischen spontanen

---

[3] *Berl. klin. Wochenschr.* 1889. No. 22.
[4] *Ann. d. derm. et de syph.* 1892.
[5] L. FISCHER, Inaug.-Dissert. München 1889.
[6] *Wien. med. Wochenschr.* 1871.
[7] *Nord. med. Arch.* 1893.

und narbigen Keloiden nicht existiere, und dafs das echte Spontankeloid immer von Narben entspringe.[8]

Bei meinem Falle hatte der Patient vor der Entstehung des Keloids von einem Pferde einen Schlag mit dem Hufe gegen die linke Supraorbitalgegend erlitten, und von dieser Verletzung war eine tiefe, permanente Narbe zurückgeblieben, wie an dem Photogramm deutlich zu erkennen ist. Diese Narbe ist stets glatt und regelmäfsig geblieben, und die Keloide sind im Gegenteil an Stellen hervorgetreten, wo keine Narbe jemals existiert hatte.

Die Ergebnisse meiner Untersuchungen an meinen eigenen Präparaten befinden sich in völligem Einklang mit denen von J. Schütz,[9] welche er in einem Aufsatz *„Ein Fall von einem sog. wahren Keloid, kombiniert mit Narbenkeloid"* mitgeteilt hat, insofern als er sagt, die Keloidmasse sei im Corium lokalisiert, während die Papillarschicht normal und von den Geweben des Tumors scharf zu unterscheiden gewesen sei.

Betreffs der Ätiologie des Keloids würde einer Beobachtung von J. Block[10] aus Kansas City eine grofse Bedeutung zukommen, wenn es sich um einen Ausbruch von Spontankeloiden handelte. Ein junges Mädchen von 14 Jahren war vom Blitz getroffen worden, wobei ein goldenes Halsband zerschmolz und oberflächliche Brandwunden der Haut herbeiführte, während weitere Brandwunden durch Anbrennen der Kleider entstanden. Als Folge dieser Verletzungen trat eine Anzahl kleiner Keloide auf der Lendengegend hervor, aber aus dem der Mitteilung beigegebenen Photogramm ist bestimmt zu entnehmen, dafs es sich nur um Narbenkeloide handelte.

Nach den vorhergehenden Betrachtungen über die Ätiologie des Keloids kann ich nur wiederholen, dafs die Negerrasse gröfsere Neigung besitzt, diese Tumoren zu acquirieren, als die kaukasische Rasse, wobei ich zur Begründung dieser Behauptung nur die Thatsache anführe, dafs bei der ersteren mehr derartige Fälle beobachtet worden sind, als bei dieser. Dafs dem Nervensystem eine gewisse Bedeutung bei der Entstehung multipler Keloide zukomme, finde ich durchaus wahrscheinlich. Thatsächlich steht die Entwickelung mancher Naevi mit dem Nervensystem in Verbindung, und des weiteren ist es Thatsache, dafs das Molluscum fibrosum nachweislich mit Nervenfasern in Verbindung steht, weshalb man es auch als Fibro-Neuroma bezeichnet hat. Der Unterschied zwischen dem Keloid und dem Molluscum fibrosum besteht in der anatomischen Lokalisation in den speziell beteiligten Geweben der Haut. Man kann das echte Keloid als ein diffuses Fibrom des Coriums auffassen. Das die Blutgefäfse in

[8] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. XVIII.
[9] *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 29. Heft 1.
[10] *Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* March 1895.

Bezug auf die Ernährung der Gewebe regulierende Nervensystem kann unmöglich bei der Entstehung der Keloide ganz unbeteiligt sein, und man mufs demnach unbedingt eine gewisse angeborene Disposition bei der Bildung fibröser Gewächse bei gewissen Individuen anerkennen, sowie eine Störung in den Funktionen der trophischen Nerven, welche daraufhin die Entstehung der fibrösen Neubildung bewirken. Das Wiederauftreten des Keloids nach seiner Abtragung beweist, dafs diese Disposition den Geweben angeboren ist, sowie ferner, dass ein jeglicher peripherer Reiz genügt, um die den affizierten Geweben innewohnenden hyperplastischen Fähigkeiten in Wirksamkeit zu versetzen. Desgleichen giebt die Entstehungsweise des Keloids auf den Narben einen Hinweis dafür, dafs der lokale Reiz die Steigerung der Vitalität der Bindegewebskörperchen an der Stelle, wo die Narbe sich gebildet hatte, bedingt. Jedoch hängt dieser ganze Vorgang von jener eigentümlichen, angeborenen Disposition ab, welche die Entstehung von Neubildungen, im späteren Lebensalter verursacht.

Über den vorliegenden grofsartigen Fall von Keloid kann ich im übrigen mitteilen, dafs dasselbe keinen nachteiligen Einfluſs auf das Allgemeinbefinden ausgeübt hat; der Patient hat überhaupt niemals irgend welche Allgemeinsymptome als Folgen der Neubildung dargeboten. Demnach ist die Prognose ohne weiteres Interesse, wenigstens quoad vitam. Die Hauptschwierigkeit liegt in der bekannten Neigung zum fortwährenden Recidivieren.

Bei der Behandlung der Keloide ist die Erfolglosigkeit der Darreichung interner Medikamente in unzweifelhafter Weise nachgewiesen worden. Desgleichen haben lokale Applikationen niemals eine Wirkung erzielt. Chirurgische Eingriffe sind, wie bereits hervorgehoben wurde, geradezu schädlich; wir wissen aus Erfahrung, dafs das Abtragen eines Keloids nur die Folge hat, dafs ein umfangreicheres, neues Keloid auf derselben Stelle sich entwickelt. Dagegen kann ich die Anwendung der Elektrolyse als Heilmittel für diese Affektion empfehlen. Dabei ist nur ein Strom von 12 bis 20 Milliampères erforderlich, indem stärkere Ströme Hitze und Verschorfung verursachen, was vermieden werden mufs. Der gelinde Strom erzeugt chemische Änderungen in den Geweben, und das ist gerade dasjenige, was wir nötig haben. Ich lasse den positiven Pol, also die Anode, mittelst eines nassen Schwamms vom Patienten mit der Hand festhalten, während der negative Pol, die Kathode, mit einer Nadel verbunden wird. Letztere wird in den Tumor tief eingestochen und bleibt zwanzig bis dreifsig Sekunden liegen. Das Einstechen wird konsequent fortgesetzt, bis allmählich das ganze Gewächs eingeschlossen ist. Beim Einstechen in die Gewebe fliefst spärliches Serum aus, wobei infolge des durch die chemische Einwirkung des elektrischen Stromes

entwickelten Wasserstoffes Blasen aufsteigen. Bei dieser Behandlungsweise bekommt das Keloid zunächst ein weifsliches Aussehen, schwillt auch etwas an und wird hart und resistent. Wenige Tage später jedoch schrumpft es wieder zusammen; die mit der Nadel gemachten Stichstellen bedecken sich mit winzigen Krusten, die Farbe wird derjenigen der normalen Haut ähnlicher, und man hat im allgemeinen mehr das Bild einer gesunden Narbe. Die Anwendung der Elektrolyse wird einmal wöchentlich wiederholt, bis das Gewächs verschwunden ist.

Aus besonderen Gründen ist diese Methode bei dem vorliegenden Falle noch nicht angewandt worden. In meiner Privatpraxis aber habe ich die geschilderte erfreuliche Wirkung an einem kleinen Narbenkeloid der Kopfhaut bei einer früheren Gelegenheit unter Anwendung dieses Verfahrens eintreten sehen.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Remscheid.)

Aus der Praxis.

Abnorme Fälle von Alopecia.

Von

Dr. E. HEUSS in Zürich.

1. Alopecia universalis.

Patient J. ist 56 Jahre alt, verheiratet, Schullehrer in einem Dorfe des Oberengadin, romanischer Abkunft. In der Jugend machte Patient die Masern durch, lag 1861 mehrere Monate am Typhus danieder, wobei ihm reichlich die Kopfhaare ausgefallen, die sich in der Folge jedoch wieder vollständig ersetzten. Seit einigen Jahren leidet J. im Anschlufs an einen kalten Biertrunk an chronischem Magenkatarrh. Patient, nie syphilitisch erkrankt, stammt aus gesunder Familie, wo Haarleiden nicht bekannt sind. Ein Trauma ging nicht voran; Patient rasierte sich stets selbst.

Bis September 1893 erfreute sich unser Patient eines kräftigen Haarbodens und trug einen dunkelbraunen, leicht melierten Vollbart. Um diese Zeit (sie fällt noch in die dort mehrere Monate dauernden Sommerferien) begannen gleichzeitig an beiden Schläfen und auf der Scheitelhöhe die Haare in umschriebenen, sich rasch vergröfsernden, rundlichen Flecken reichlich auszufallen. Patient habe kurz vorher eine leichte „Erkältung" überstanden, damals aber sich wieder vollständig wohl befunden. Die betreffenden Stellen seien nicht rot, nicht entzündet gewesen; doch sei ihm aufgefallen, dafs schon bei leichtem Druck auf den behaarten Kopf, z. B. mit der Hand, die Haut, und zwar besonders an den Stellen, wo die Haare zunächst ausfielen (also Scheitel, Schläfen), eigentümlich schmerzhaft, „wie von 1000 feinen Nadelstichen getroffen", sich angefühlt habe. Mit Ausfall der Haare verlor sich dieses sonderbare Gefühl; auch will Patient dasselbe nur auf dem Capillitium, nicht an anderen, später kahl gewordenen Stellen, z. B. Bart, Rumpf, bemerkt haben. Etwa einen Monat später traten fast gleichzeitig auch an beiden Wangen rasch wachsende, sich enthaarende

Flecke auf, so daſs Patient sich gezwungen sah, den ganzen Bart abzunehmen. Zu seinem Schrecken bemerkte er, daſs an den vorher noch gesunden Stellen das Haarwachstum jetzt ebenfalls ausblieb, und daſs langsam auch die übrigen Kopfhaare, Cilien, Augenbrauen ausfielen, so daſs um Neujahr 1894, also ca. vier Monate nach Beginn des Leidens, der ganze Kopf haarlos war. Darauf trat ein mehrmonatlicher Stillstand ein; erst im März und April 1894 begannen auch die Haare der Schamgegend, der Crena ani, zuletzt die der Achselhöhlen, auszufallen. Endlich, im Mai, beobachtete der sehr intelligente Patient auch Veränderungen: Trübung, Streifigwerden an der Wurzel beider Daumennägel. Hierauf traten rasch ähnliche Veränderungen an den übrigen Finger-, sowie den Zehennägeln auf. Von der Nagelwurzel aus schob sich die Trübung in einer leicht konvexen Linie langsam gegen den Rand, so daſs innerhalb 3—4 Monaten die ganze Nagelplatte erkrankt war. Das Übel hatte somit zu seiner jetzigen Ausdehnung etwa ein Jahr gebraucht. Patient war bis dato ohne sichtlichen Erfolg von seinem Hausarzt mit innerlichen Arsengaben behandelt worden.

Als ich den Patienten zum ersten Male sah, wurde ich unwillkürlich an die bekannten Abbildungen von Michelson, Wolff etc. über Alopecia totalis erinnert, eine solche Familienähnlichkeit zeigt der Mann trotz seiner scharf geschnittenen Gesichtszüge.

Status: Patient ist vollständig kahl, vom Haupt bis zu den Zehen: Haupt- und Barthaare, Wimpern, Augenbrauen, Vibrissae, Tragi, Hirci, Pubes etc., die feinen Wollhaare der Körperbedeckung fehlen vollständig. Doch konnte ich bei eingehenderer Untersuchung zur Freude des Patienten, der sich „ratzenkahl" hielt, vereinzelte, 1—2 mm lange, weiſsliche, festsitzende Wollhärchen über beiden Handgelenken und auf der Mitte der Oberlippe, etwas längere in gröſserer Anzahl an beiden Ohrmuschelrändern entdecken. Das war aber auch alles! Die Haut hatte ihren normalen Turgor bewahrt, war weich und etwas feucht anzufühlen, zeigte keine Schuppung, die Haut des Schädels auf der Unterlage leicht beweglich, nicht atrophisch. Nur eine gewisse Blässe und allgemeiner Pigmentmangel fiel für einen sonst wetter- und sonnengebräunten Sohn des Hochgebirges auf, konnte aber auch auf den Schulmeisterberuf zurückgeführt werden.

Eine totale und gleichartige Veränderung waren sämtliche Finger- und Zehennägel eingegangen. Dieselben hatten ihre Durchsichtigkeit, ihren Glanz verloren, waren diffus, oft streifig getrübt, schmutzig-grau bis graugelblich verfärbt, einzelne Fingernägel gegen den freien Rand zu einen perlmutterartigen Glanz aufweisend. Die Nagelplatte zeigt überwiegend einige mehr weniger stark ausgeprägte Längsleisten, die gegen den freien Rand zu etwas weniger ausgesprochen sind. An vereinzelten Nägeln ist eine feine Querfurchung deutlicher, an einigen anderen Längs- und Querfurchung in ungefähr gleichem Grade, so daſs eine feinste carréartige Zeichnung entsteht. Auſserdem kann man an einigen Nägeln, speziell der Finger, schon ohne Lupe besonders gegen die Nagelwurzel zu feinste, punktförmige, gleichmäſsige Vertiefungen erkennen, ähnlich lauter Nadelstichen, keine bestimmte Anordnung zeigend; gegen die Nagelmitte werden dieselben etwas gröſser, flacher und verwischt. Diese Tüpfelung der Nagelplatte hat Ähnlichkeit mit gewissen Formen von Psoriasis der Nägel; doch zeigen bei Psoriasis die Pünktchen, besonders gegen die Nagelwurzel zu und beim Zurückschieben des Falzes häufig bemerkbar, einen hyperämischen Untergrund; die Nagelplatte selbst ist meist glatter, glänzender, härter, die Trübungen an den Rändern mehr ausgesprochen. — Die freien Nagelränder sind etwas verdickt, oft Randdefekte zeigend, die durch Abfall kalkartiger, trockener, weicher Hornbröckel entstanden sind; teils splittern und schilfern die Ränder ab, ähnlich Speckstein.

Trotz der Verdickung gelingt es unschwer, von den Nagelrändern mit der Schere einzelne Partikel abzutragen, doch nicht an einem Stück, sondern in ungleich grofse, weifslich kalkartige Bröckel zerfallend. Die Schnittränder sehen mehlig aus; ein gleichmäfsig weifser Staub, keine Späne, läfst sich mit Leichtigkeit abschaben.

Die Zähne unseres Patienten sind wohl „rauchgeschwärzt" (Patient ist ein strammer Raucher), doch fast ausnahmslos noch gut erhalten. Im übrigen fühlt sich Patient vollständig wohl und klagt nur über ein früher nicht empfundenes Kältegefühl.

Patient ist von mittlerer Statur, zeigt mäfsigen Panniculus, gut entwickelte Muskulatur. Die Haut weist keine Sensibilitätsstörungen, keine Nervendruckpunkte etc. auf. Pupillen etwas klein, reagieren prompt auf Licht; Myopie. Atherom der Radialis, Puls etwas gespannt, zweiter Ton an Herzspitze etwas verstärkt; sonst läfst sich an den inneren Organen nichts Abnormes nachweisen. Urin eiweifs- und zuckerfrei. Seit längerer Zeit keine Störungen von seiten des Magens. Patient giebt sicher und ruhig Auskunft; nervös sei er nicht; ärgern müsse er sich natürlich hie und da, dafür sei er aber Schulmeister.

Angesichts des Alters des Patienten (56 Jahre), des Fehlens einer nachweisbaren Ursache und der grofsen Ausdehnung des Prozesses stellte ich die Prognosis quoad restitutionem als sehr zweifelhaft hin und verordnete daher als erstes eine Perücke, um den Patienten vor den im Hochgebirge so grellen täglichen Temperaturdifferenzen zu schützen. Ut aliquid fiat et experimenti causa empfahl ich weiter tägliches Abreiben der einen Rumpfhälfte mit 5%iger wässeriger Kochsalzlösung, Bearbeiten der anderen mit der faradischen Bürste, eventuell später vorsichtigen innerlichen Gebrauch von Pilokarpin, Salzbäder.

Unterm 3. März 1896 schrieb mir Patient auf meine Anfrage nach seinem Befinden folgendes: „Das Haarwachstum hat sich recht langsam eingestellt, in letzter Zeit etwas rascher, und zwar also: An den Handwurzeln ist derselbe ziemlich reichlich vorhanden, an der Brust und den Geschlechtsteilen etwas weniger, im Gesicht eher noch weniger, an den Augenbrauen und Wimpern spärlich. Überall sind die Haare fein. Der Kopf ist sozusagen noch kahl. Im übrigen befinde ich mich ordentlich. Die Fingernägel nähern sich, wie mir scheint, dem normalen Zustande immer mehr. Bäder im Sommer und Waschungen während der übrigen Zeit habe ziemlich fleifsig vorgenommen."

Der Fall ist in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert. Alopecia areata (das plötzliche, unmotivierte Ausfallen der Haare in scharf umschriebenen Kreisen und Flecken ohne entzündliche Begleitsymptome, ohne Hinterlassen von Hautveränderungen läfst keine andere Diagnose zu) ist eine Krankheit des Kindes- und kräftigen Mannesalters; das Auftreten nach dem 50. Jahre (Patient zählt 56 Jahre) gehört zu den Ausnahmen. Ungewöhnlich ist der rapide Verlauf: kaum innerhalb Jahresfrist wurde die ganze Körperbedeckung ergriffen. In anderen Fällen von Alopecia totalis, wie sie z. B. durch Woelk, Michelson, John Collier, Petrini, Weinlechner bekannt wurden, brauchte der Prozefs zu seiner Ausdehnung 2, 3, ja bis 30 Jahre. Gewöhnlich blieben überdies mehr oder weniger grofse Haarinseln verschont, so Schamgegend, Achselhöhlen etc. Allerdings werden Fälle citiert, wo innerhalb weniger Wochen eine totale Enthaarung stattgefunden; doch sind diese um so weniger für die Diagnose Alopecia areata beweisend, als der Haarausfall im Anschlufs an eine entzündliche Allgemeinerkrankung, z. B. nach Typhus, Scharlach etc. auf-

getreten oder, wie z. B. bei dem von PLATTNER[1] citierten Fall ein skarlatiniformes, von Schüttelfrösten begleitetes diffuses Exanthem unmittelbar vorangegangen war.

Ganz ungewöhnlich bei Alopecia areata sind Erkrankungen der Nägel. Das gleichzeitige Auftreten dieser Affektion bei Fehlen jedes anderen Haut- oder Allgemeinleidens gestattet in unserem Falle kaum eine andere Deutung, als diese Nagelveränderung mit der Alopecia universalis in Verbindung zu bringen. Trotz genauester Durchsicht der mir zur Verfügung stehenden Litteratur finde ich kein Analogon. Gewifs wurde Nagelausfall bei Alopecia areata schon mehrfach beobachtet. Nagelveränderungen, bestehend in langsamerem Wachstum und Furchung, beschreibt allein GRAHAM (citiert nach PLATTNER[2]); doch wage ich nach diesen spärlichen Angaben nicht, meinen Fall mit dem von GRAHAM zu identifizieren.[3]

Wenige und unsichere positive Anhaltspunkte giebt uns der Fall zur Entscheidung der causa peccans. Ein infektiöses Agens ist wohl mit Sicherheit auszuschliefsen: weder litt ein Kind in der Schule, noch eine Person aus der näheren Bekanntschaft unseres Lehrers an Alopecia areata; objektive Zeichen: Rötung der Haut etc. waren ebenfalls nicht nachzuweisen. Auch die mikroskopische Untersuchung der Nagelschnitzel auf Pilze etc. fiel negativ aus.

Dagegen könnten immerhin die dem Haarausfall unmittelbar vorangehenden eigentümlichen Parästhesien, das symmetrische Auftreten, die diffusen Nagelveränderungen, sowie die nach dem Haarausfall eher gesteigerte Schweifsproduktion für die Auffassung eines trophoneurotischen Ursprunges herangezogen werden. Der Schulmeisterberuf, die Arteriosklerose, der chronische Magenkatarrh dürften höchstens begünstigende Momente in diesem Prozefs spielen. Aber zugegeben eine „Störung der Innervation der Haarfollikel", so ist damit doch für das tiefere Verständnis der Genese des Leidens wenig gewonnen.

2. Alopecia vitiligoides (Alopecia areata mit „physiologischer" Vitiligo).

Einen sonderbaren Anblick bot Herr A., Posthalter in einem Orte des Kantons Aargau, dar, der mich am 11. Mai 1893 wegen eines Haarleidens konsultierte.

Vollständig weifs waren die kräftigen Schnurrbarthaare der linken Oberlippe, weifs die Haare auf der linken Scheitelhöhe, in der Ausdehnung einem sagittal stehenden rundlichen Oval von 7 cm Länge und 5 cm Breite entsprechend, während

---

[1] Dissert. Zürich 1890.

[2] L. c.

[3] Anm. b. d. Korrektur. Nachträglich finde ich in GAUCHERS Lehrbuch: *Leçons sur les maladies de la peau* (Paris, 1895. S. 777) zwei Beobachtungen bei Alopecia areata notiert. In einem Falle war die Nagelerkrankung dem Haarausfall vorangegangen. Die Veränderungen betrafen Textur und Konsistenz. Les ongles sont couverts de stries longitudinales et fendillés; ils s'exfolient à leur extrémité, sons formes de petites lamelles, qui se cassent irrégulièrement.

Patient im übrigen einen anscheinend kräftigen braunschwarzen Vollbart und reichliche Haupthaare, die nur in der Schläfengegend etwas leicht meliert waren, trug. Doch liefsen sich bei näherem Zusehen auch eine Anzahl cirkumskripter alopecischer Stellen entdecken: 1. links vom Kinn ein ca. thalergrofser, rundlicher, scharf umschriebener, fast gänzlich haarloser Fleck, wo nur gegen die Peripherie zu einige feine, blasse Wollhärchen zu entdecken waren, 2. eine erbsgrofse alopecische Stelle auf der rechten Augenbraue gegen den äufseren Augenwinkel zu, 3. eine haselnufsgrofse auf der rechten Wange und 4. dicht daneben, nur durch einen schmalen Saum gesunder Haare getrennt, eine erbsgrofse. Während die Haut der ersten alopecischen Partie am Kinn anscheinend nicht verändert war, die Barthaare der nächsten Umgebung fest hafteten, zeigte sich an den letzteren Stellen die Haut etwas hyperämisch, wärmer, druckempfindlich, die Sensibilität erhöht; in der Umgebung liefsen sich die Haare leicht und schmerzlos ausziehen; die Haare an der Wurzel dünn auslaufend, der Haarschaft nicht knotig verdickt oder brüchig aufsplitternd.

Die weifsen Haare der linken Oberlippe und der Scheitelhöhe stehen etwas lichter, sind aber kräftig. Ebensolang und mindestens so dick, wie die normalen braunschwarzen Haare, sind sie mit den weifslichen Lanugohärchen nicht zu verwechseln, die man beim Abheilen der Alopecia areata zuerst auftreten und dann wieder verschwinden sieht, wie z. B. in unserem Falle an der alopecischen Stelle des Kinns. Die Haut, entsprechend den weifsen Haarpartien, ist zwar etwas blasser, was aber durch den Mangel an dunkel pigmentierten Haarwurzeln, die an den normalen Stellen durchschimmern und so die Haut etwas dunkler erscheinen lassen, wenigstens zum Teil erklärt ist; im übrigen ist sie vollständig normal, ohne Pigmentsaum, weder subjektive, noch objektive Veränderungen zeigend.

Aufser einer leichten Pityriasis capitis war am ganzen übrigen Körper nichts Abnormes nachzuweisen: kein Haarausfall, keine Vitiligo corporis. Magendarmfunktionen, Urin etc. in Ordnung.

Patient, 46 Jahre alt, von kräftiger Konstitution, mit gesunder Gesichtsfarbe, zeigt keine nervösen Störungen (Kopfschmerzen, Pupillenanomalien, Druckpunkte), stammt aus gesunder Familie, wo weder Alopecie, noch Vitiligo zu Hause, und war bis vor drei Jahren vollständig gesund. Damals begannen ohne nachweisbare Ursache, ohne die geringsten subjektiven oder objektiven Beschwerden Schnurrbarthaare der linken Oberlippe teils spontan, teils auf den leisesten Zug auszufallen. Kurze Zeit darauf entdeckte Patient auch eine runde, einfrankstückgrofse, haarlose Stelle auf der Scheitelhöhe links. Trotz einer vom Hausarzt zum Einreiben verordneten Flüssigkeit nahm der Haarausfall zu, bis nach ca. einem Vierteljahre der Prozefs spontan ein Ende nahm, nachdem die ganze rechte Oberlippe und die heute weifs behaarte Partie auf dem Kopfe vollständig kahl geworden war. Nach 3—4 Monaten begannen die Stellen sich wieder zu behaaren; doch waren die Haare jetzt weifs, fielen teilweise auch wieder aus, um durch dauerhaftere ersetzt zu werden, so dafs die früher erkrankten Partien gegenwärtig nur durch ihre weifse Haarfarbe und etwas lichteren Haarstand sich auszeichnen. — Hierauf hatte Patient ca. zwei Jahre, d. h. bis März dieses Jahres, Ruhe, wo er zufällig die neuen haarlosen Stellen im Gesichte entdeckte. Gleichzeitig will Patient an den betreffenden Partien häufig ein eigentümliches Wärmegefühl beobachtet haben, das plötzlich ohne Ursache aufgetreten, ebensorasch nach einigen Minuten verschwunden sei, um später wiederzukehren. Ob diese Parästhesien schon bei dem früheren Haarausfall bestanden, kann Patient nicht sagen. Das multiple Auftreten und rasche Wachsen der alopecischen Stellen machte Patient ängstlich und veranlafste ihn, mich um Rat zu fragen.

Ordination: Ausziehen der lockeren Haare in der alopecischen Umgebung.

Kurzschneiden, tägliches Einreiben von Camphersalol purum, innerlich As. Als Patient mir nach drei Wochen mitteilen liefs, dafs die alten Stellen sich trotzdem vergröfserten und sogar zwei neue aufgetaucht seien, wurde verordnet: Kopfwaschungen mit 5%igem Salzwasser, lokal ℞ Acidum aceticum 20, Chloralhydrat 5,0, Aether sulfuricus 20,0, täglich eingerieben bis zur Reizung; innerlich mit As fortgefahren.

Am 4. August stellte sich Patient wieder vor. Seit Anwendung der letzten Medikation habe sich die Enthaarung nicht weiter verbreitet. Status: Weifs sind linker Schnurrbart und Kopfhaare auf der linken Scheitelhöhe in früher angegebener Ausdehnung; mit feinen Wollhärchen besetzt eine überwallnufsgrofse Stelle links vom Kinn; vollständig haarlos rechte Augenbraue, eine gut thalergrofse ovale Stelle (durch Ineinanderüberfliefsen der zwei kleineren Flecke entstanden, s. o.) im rechten Backenbart, zwei rundliche, etwa kirschgrofse Stellen auf dem Capillitium rechts gegen die hintere Haargrenze zu. Die Haare in der Umgebung haften fest; die Haut ist in ziemlich weiter Ausdehnung gerötet, fein schuppend, verdickt (wohl auf die lokalen Einreibungen zurückzuführen). Patient wurde mit der Weisung entlassen, mit der bisherigen Behandlung fortzufahren, mit dem As allmählich auszusetzen.

Erst nach einem Jahre, im August 1894, sah ich den Patienten zufällig wieder. Sämtliche früher alopecischen Partien im Bart und auf dem Capillitium waren kräftig behaart, aber — weifs. Trotzdem war das Aussehen weniger auffallend, als früher, da auch das übrige Haupt- und Baarthaar jetzt reichlich mit grauweifsen Haaren meliert war. Die Vitiligohaare waren lang und kräftig wie die normalen Haare, meist sogar dicker, als die letzteren. Ich konnte den Mann, der nicht sehr eitel war und vom Färben der Haare nichts wissen wollte, mit der tröstlichen Prognose entlassen, dafs er in wenigen Jahren wohl überhaupt nicht mehr „gescheckt", sondern ganz weifs aussehen werde.

Der vorstehende Fall bedarf nur weniger Worte zur Erläuterung. Unzweifelhaft handelte es sich hier um eine Alopecia areata neuropathica, eine allerdings mehr per exclusionem gestellte Diagnose, die, abgesehen von den dem Haarausfall vorausgegangenen Parästhesien, einzig auf den Mangel positiver Symptome und fehlenden Nachweis einer Infektionsquelle oder von Mikroorganismen sich stützt. Ob wir aber die der Alopecie nachfolgende Vitiligo ebenfalls auf trophoneurotischen Ursprung zurückzuführen berechtigt sind, scheint mir fraglich. Der Mann, 46 Jahre alt, näherte sich dem Alter, wo bei vielen Individuen Haupt- und Barthaare schon spontan zu bleichen beginnen; ja, auf Schläfen, Scheitelhöhe zeigte der Haarboden des Patienten schon deutliche Spuren allmählicher Ergrauung. Es hat daher die Annahme gewifs ihre Berechtigung, dafs in unserem Falle das Weifsbleiben der neugebildeten Haare auf den alopecischen Stellen weniger auf eine spezielle, in loco wirkende neurotische Ursache, als auf durch das höhere Alter bedingte Ernährungsstörungen und daraus resultierende mangelnde Pigmentbildung zurückzuführen ist, dafs wir also hier mehr das Produkt zweier verschiedener Momente, eines pathologischen: der Alopecia areata neurotica und eines physiologischen: der Canities senilis, vor uns haben. Abgesehen davon, dafs allmählich auch die übrigen Kopf- und Barthaare sich ent-

färbten, finden wir eine Stütze für diese Annahme in der Thatsache, daſs (allerdings eine sehr seltene Erscheinung) auch bei anderen mit Ernährungsstörungen einhergehenden Erkrankungen, z. B. bei Erysipel, Typhus, Zoster etc. die nach dem Effluvium neu nachwachsenden Haare weiſs gefärbt sein können.

Eher möchte der folgende Fall die Frage nach dem trophoneurotischen Ursprung der Vitiligo auftauchen lassen.

3. Vitiligo cum alopecia.
(Alopecia mit „neuropathischer" Vitiligo.)

Am 6. September konsultierte mich Herr N., Kaufmann in W., wegen einer weiſs gefärbten Partie in seinem Bart.

Mitten in dem braunen Vollbart zieht sich ein ca. 1 cm breiter Streifen spärlicher weiſser Barthaare vom linken Mundwinkel abwärts zum Kieferrand und, kometenartig auf 4—5 cm breiter werdend, unter dem Kiefer in einem Bogen über die Mittellinie nach rechts gegen den rechten Kieferwinkel. Die Begrenzung gegen die normale Umgebung ist scharf: mit einem Schlage hören die spärlichen, diffus stehenden, langen, weiſsen Haare auf, eingerahmt von braunen, gesunden Barthaaren, die sich fast nur durch ihre Färbung und gröſsere Dichtigkeit unterscheiden. Doch fühlen sich die weiſsen Haare etwas weicher an, sind im übrigen von normaler Dicke und Länge (4—6 cm), haften fest auf der glatten, blassen Haut und lassen aufserdem zwischen sich zahlreiche feine, blasse Wollhärchen erkennen. Die Empfindlichkeit der Haut auf leichte Nadelstiche ist an den weiſs behaarten Stellen deutlich erhöht; aufserdem ist hier die Haut entschieden pigmentärmer, ohne daſs sich eine scharfe Grenze (Pigmentsaum) gegen die gesunde, anscheinend normal pigmentierte Umgebung konstatieren läſst. Im übrigen stehen die ziemlich feinen Bart- und Haupthaare sehr dicht; keine Schuppung (Pityriasis) und auch sonst ist nicht ein graues oder weiſses Haar nachzuweisen.

Was weiter mein höchstes Interesse erregte, war die eigentümliche Pigmentverteilung auf verschiedenen Körperstellen. So zeigen beide Handrücken eine symmetrische, unregelmäſsig netzförmige, braune Pigmentation, die scharf begrenzte, rundliche, ovale oder polycyklische, stets konvex begrenzte, linsen- bis wallnuſsgroſse, weiſse, gegen die Peripherie teilweise leicht hyperämische Flecken einschlieſst. Zwei etwa thalergroſse, rundliche Vitiligoflecke umfassen im Halbkreis symmetrisch die beiden äuſseren Augenwinkel, der Rand ebenfalls von einem scharfen, braunen Pigmentsaum gebildet, der sich nach auſsen allmählich in die übrige brünette Gesichtsfarbe verliert. Auch hier leichte periphere Hyperämie der Vitiligoflecke. — Ähnliche Dyschromie (weiſse, konvex begrenzte Flecke im braunen Netzwerk, das sich allmählich aufhellt) symmetrisch am Nacken, an Kreuzbein-, Leisten- und innerer Oberschenkelgegend; doch fehlt hier die Randhyperämie. Schuppung, sensible Störungen etc. lassen sich nicht nachweisen, die Schleimhäute sind nicht pigmentiert.

Patient erzählt: die Veränderungen am Bart hätten sich im April dieses Jahres, also vor ca. einem halben Jahr, ohne Veranlassung rasch, innerhalb acht bis zehn Tagen, eingestellt; teils seien die Haare plötzlich, sozusagen über Nacht, weiſs geworden (ob die Verfärbung sich zuerst an der Haarspitze oder an der Wurzel gezeigt, kann Patient nicht angeben; er habe stets nur ganz weiſse oder ganz braune Haare gesehen), teils seien sie spontan oder auf den leichtesten Zug ausgefallen. Die Erkrankung habe am linken Kieferrand ihren Anfang genommen und sich rasch über den jetzigen Bezirk ausgedehnt; nach höchstens zehn Tagen sei der Prozeſs beendet gewesen.

Irgend welche subjektive lokale oder allgemeine Beschwerden bemerkte hierbei Patient keine; er will sich vollständig wohl befunden haben. Auf die eigentümliche Pigmentation auf den Handrücken etc. aufmerksam gemacht, erklärt Patient, dafs er schon seit einigen Jahren an dieser Fleckenbildung leide. Dieselbe sei im Anschlufs an eine sehr hartnäckige Entzündung, d. h. nach einer tagelang andauernden, nicht juckenden oder schmerzenden Rötung und Schwellung von Handrücken und Hals, welches Leiden er auf „Sonnenbrand" zurückführt, aufgetreten. Seither sei die Haut gegen Sonnenstrahlung viel empfindlicher, werde im Sommer leicht rot, und (was früher nicht der Fall) die nach Abschwellung sichtbaren weifsen Flecke, seit diesem Sommer auch an den Augen aufgetreten, im Winter früher fast vollständig wieder verschwunden, wären im letzten Jahre überhaupt nicht mehr zurückgegangen. Wie lange die Flecke am Unterleib etc. bestanden, weifs Patient nicht anzugeben.

Patient, 41 Jahre alt, dessen Haut im übrigen keine Veränderungen (Sommersprofsen etc.) zeigt, dessen innere Untersuchung ebenfalls keine Erkrankung nachweisen läfst, der nie syphilitisch oder tuberkulös erkrankt war, ist überaus reizbar und führt diesen Zustand auf einen dreijährigen Aufenthalt in Schottland vor 15 Jahren zurück, wo er, geschäftlich überanstrengt, an Schlaflosigkeit, Zuckungen der Hände etc. gelitten habe. Der Vater des Patienten sei hochgradig nervös, im übrigen beide Eltern gesund.

Einer Deutung des eigentümlichen Symptomenbildes setzt diese Beobachtung grofse Schwierigkeiten entgegen. Sind Alopecia und Vitiligo, speziell der nicht behaarten Haut, hier zwei verschiedene, voneinander unabhängige Krankheiten, oder sind sie durch ein und dieselbe Ursache bedingt? Und wenn, wie erklären wir uns diesen sonderbaren Symptomenkomplex? Dem zeitlichen Verlauf nach scheinen die beiden nebeneinander hergehenden Prozesse, Alopecia und Vitiligo, voneinander unabhängig zu sein. Die Vitiligoflecke auf Handrücken, Hals etc. stellten sich schon vor Jahren anscheinend nach einem Sonnenbrand ein, um, wenigstens anfangs, jeweilen im Winter zurückzugehen, im Sommer zu recidivieren und seit einem Jahre überhaupt nicht mehr zu schwinden. Insofern zeigt die Affektion eine gewisse Ähnlichkeit mit den Lentigines, ist aber im übrigen total verschieden. Dafs die Dyschromie von der Besonnung in gewissem Grade unabhängig ist, beweist das Vorkommen zahlreicher Vitiligoflecke am Unterleib, speziell der Krurogenitalgegend, während wieder andere, der Sonne ausgesetzte Partien, z. B. das Gesicht, nur an beiden äufseren Augenwinkeln Pigmentveränderungen aufweist. Erst einige Jahre später stellte sich plötzlich und unmotiviert am Bart circumskripter Haarausfall und Weifsfärbung der noch stehen gebliebenen Haare ein, ein Prozefs, der ebensorasch nach wenigen Tagen sistierte, um nicht mehr zu recidivieren. Das einzig gemeinschaftliche, positive Symptom dieser beiden Affektionen bildet der circumskripte Pigmentverlust, mit dem Unterschied, dafs auf der nur mit Wollhärchen bedeckten Haut das Pigment sich peripher im Umkreis ansammelte, während im Bart kein Pigmentsaum zu finden war. Doch möchte ich auf diesen letzteren Punkt kein zu grofses Gewicht legen, da bekanntlich auf den lang behaarten

Stellen, z. B. auch bei angeborener Poliosis, selten ein peripherer Pigmentsaum in der Haut nachzuweisen ist. Ob dem Ausfall und der Depigmentation der Barthaare eine Rötung, analog derjenigen auf dem Handrücken, an den Augenwinkeln, wo jetzt noch gegen den Rand der Vitiligoflecke zu ein hyperämischer Saum sichtbar, vorangegangen, darüber vermag der Patient keine Angaben zu machen; subjektive Erscheinungen, Wärmegefühl etc. hat er nicht bemerkt. Da ich den Patienten nicht mehr sah, konnte mir auch nicht der weitere Verlauf Aufschluſs über die Natur des Leidens geben.

Um einen Ausweg aus diesem diagnostischen Dilemma zu finden, forschte ich nach analogen Fällen in der Litteratur; die wissenschaftliche Ausbeute war aber sehr gering.

So stellte FEULARD der Société française de dermatologie et de syphiligraphie[4] einen Fall von Pelade décalvante et vitiligo vor, ein zwölfjähriges, schon vorher an Poliosis und Vitiligo des Körpers leidendes Mädchen betreffend, wo im Anschluſs an eine Alopecia areata die Kopfhaare teils blond, teils weiſs (wie vor der Erkrankung) sich regenerierten. — DUBREUILH[5] beobachtete einen Fall von Pelade nerveuse et vitiligo bei einem 33jährigen Kammerdiener, bei dem innerhalb drei Vierteljahren eine Alopecia areata Capillitium, Augenbrauen, Cilien, Schnurrbart befallen hatte, und wo in der Folge statt der schwarzen weiſse Haare auftraten. Ähnliche Veränderungen zeigten Pubes; doch fielen hier die Haare nicht en plaques, sondern mehr diffus aus. Aufserdem waren auf dem Penis und Scrotum Vitiligoflecke bemerkbar, die sich innerhalb weniger Wochen rasch ausdehnten. — In der gleichen Sitzung stellt MOREL-LAVALLÉE[6] einen Mann mit Pelade vitiligineuse vor, bei dem wenige Monate nach Auftreten einer Alopecia areata des Capillitium die Barthaare streckenweise sich plötzlich weiſs färbten, wobei die betreffenden Hautpartien lebhaft gerötet, im übrigen schmerz- und juckfrei waren. Nach MOREL sind in diesem Fall Alopecia und Vitiligo durch die gleiche Ursache bedingt: im Bart statt einer Depilatio areata eine Decoloratio areata. In der darauf sich anschlieſsenden Diskussion citiert MOTY[7] eine Beobachtung, wo im Anschluſs an einen Skorpionstich die umgebenden Haare ausfielen, die nachwachsenden Haare weiſs waren; MATHIEU[8] berichtet von einem 70jährigen Manne mit seit 30 Jahren auf den Handrücken bestehenden charakteristischen Vitiligoflecken, der zehn Jahre darauf an Alopecia areata erkrankte, wobei die neugebildeten Haare vollständig weiſs waren.

---

[4] *Ann. de derm.* 1892. S. 842 u. 1893. S. 31, 1311.
[5] *Ann. de derm.* 1893. S. 375.
[6] L. c. S. 375.
[7] L. c.
[8] L. c.

Abgesehen von einem von SENATOR[9] beschriebenen Fall von Vitiligo cum alopecia areata, welche Arbeit mir leider nicht zugänglich, finde ich nur in der die Litteratur bis zum Jahre 1888 ziemlich vollständig wiedergebenden Dissertation von PLATTNER[10] einen Fall von HOFMANN, zwei Fälle von M'CALL ANDERSON, jedoch ohne jede Quellenangabe, verzeichnet.

Aus meiner eigenen Erfahrung ist mir ein einziger Fall erinnerlich, der, wenigstens in Bezug auf das Entstehen der Vitiligoflecke der Handrücken, ein gewisses Analogon bildet.

Es handelte sich um eine im übrigen kerngesunde, verheiratete, jüngere Dame, Frau H., eine brünette Tessinerin, die mich am 15. April 1895 wegen eines vor fünf Jahren auf Handrücken und Hals aufgetretenen und von den verschiedensten Ärzten erfolglos behandelten Hautleidens konsultierte. Der Ausschlag, in diffuser Rötung, Schwellung, sogar in Bildung von heftig juckenden Knötchen bestehend, soll im Frühjahr und Sommer am schlimmsten sein und nur dann auftreten, wenn die Haut den direkten Sonnenstrahlen ausgesetzt sei. Schon fünf Minuten Bestrahlung genüge; nach wenigen Tagen gehe der Ausschlag (vorausgesetzt, dafs die Haut vor der Sonne geschützt sei) unter Abschuppung zurück. Für sie gesellschaftlich ebenso lästig seien die gleichzeitig aufgetretenen weifsen Flecke auf den Händen etc., die stets an Gröfse zunähmen.

Abgesehen von einer leichten Trockenheit und oberflächlicher Schuppung liefs sich keine entzündliche Hautveränderung konstatieren (die Dame kam dicht verschleiert etc.); dagegen zeigten Handrücken, hintere und seitliche Halsgegend grofse, konvex begrenzte, teils ineinander überfliefsende Vitiligoflecke, die von einem scharfen, allmählich in die Umgebung sich verlierenden, braunen Pigmentsaum eingefafst waren. Gesicht frei (Patientin trägt aufser dem Hause fast konstant den Schleier); keine Sensibilitätsstörungen, keine sonstigen Pigmentanomalien (Chloasma etc.).

Das hier vorliegende Leiden Erythema solare ist bekannt; ich brauche nur an die Arbeiten von UNNA, VEIEL, HAMMER, WIDMARCK u. a. m. zu erinnern; weniger bekannt, dafs danach auch entstellende, dauernde Pigmentverschiebungen und Vitiligo auftreten können.

Gewifs läfst sich ohne grofsen Zwang in diesem Falle eine gewisse klinische Verwandtschaft mit unserer Vitiligo cum alopecia erkennen, wenn auch die ätiologischen Beziehungen total verschieden sind: die Dame führt ihr Leiden (d. h. die Neigung der Haut, auf Sonnenstrahlung sich zu entzünden) auf eine vor fünf Jahren stattgefundene Niederkunft zurück; die Vitiligo sei erst nachher infolge der Entzündungen aufgetreten. Immerhin ist mit der Annahme, dafs auch bei unserem Patienten infolge einer unbekannten Ursache, vielleicht begünstigt durch die nervöse Veranlagung desselben, die Haut für gewisse schädliche Momente, z. B. Sonnenstrahlen, empfindlicher geworden, so dafs sie auf solche Schädigungen mit Entzündung (Hyperämie), Haarausfall, Pigmentverlust etc. antwortet, für das Verständnis wenig gewonnen, nicht mehr, als wenn wir von Trophoneurose, von Angioneurose sprechen.

[9] *Charité-Ann.* 1889. XIV.
[10] Zürich 1890.

Den mit Vitiligo komplizierten Fällen von Alopecia areata eine besondere Stellung in der Dermatologie einzuräumen, wie z. B. MATHIEU vorschlägt, haben wir keinen Grund. Immerhin dürfte es zum leichteren Verständnis und zur besseren Übersicht dieser etwas verwickelten Formen beitragen, wenn wir dieselben nach ihrer Ätiologie und ihren Symptomen systematisch ordnen.

Wir hätten demnach folgende Formen von Alopecia areata, mit Vitiligo kompliziert, zu unterscheiden:

1. Alopecia areata auf schon vorher bestehender Vitiligo (Fall von FEULARD);
2. „ „ mit nachfolgender Vitiligo;
   a) mit „physiologischer" Vitiligo bei älteren Leuten (unser zweiter Fall);
   b) mit „symptomatischer" Vitiligo nach fieberhaften, mit tieferen Ernährungsstörungen einhergehenden Erkrankungen (Erysipel, Typhus etc.);
   c) mit „neuropathischer" Vitiligo. Fälle von MOREL-LAVALLÉE, MATHIEU, sowie unser letzter Fall.
3. „ „ und Vitiligo, auf verschiedene Mitglieder der gleichen Familie verteilt, z. B. ein Bruder leidet an Vitiligo, der andere an Alopecia (Fälle von BESNIER).

4. Pseudoalopecia atrophicans.

Herr G., 40 Jahre alt, Baumeister in Z., bemerkte vor circa 2½ Jahren zufällig eine haarlose Stelle auf der Scheitelhöhe. Bald traten in der Umgebung neue auf und dehnten sich teilweise immer mehr aus. Da das Leiden dem Patienten nicht die mindesten subjektiven Beschwerden verursachte, der Haardefekt durch die gesunden Haare noch leidlich sich verdecken ließ, so sah sich der Patient bis dato nicht veranlaßt, einen Arzt zu konsultieren.

Status. Sehr kräftiger, untersetzter Mann von blühender Gesichtsfarbe. Patient trägt äußerst dicht stehende, schwarze Kräuselhaare. Befallen ist die Scheitelhöhe, am stärksten die Partie gegen die Scheitelmitte zu. Schon der erste Blick belehrt uns, daß es sich hier nicht um eine gewöhnliche Alopecia areata handeln kann. Die haarlosen Stellen (eigentlich betrifft der Haarausfall neben einigen kleinsten, peripher stehenden Partien nur eine einzige größere, durch ineinander Überfließen kleinerer entstanden), sind nicht rundlich oder polycyklisch abgegrenzt, sondern höchst unregelmäßig, buchtig, kantig zurück- und vorspringend. Am Rande oder mitten in den alopecischen Partien sind gesunde Haarinseln, oft nur aus drei, vier, fünf Haaren gebildet, stehen geblieben, oder es springen vom Rande her, gleich einer Halbinsel, zungenförmige Ausläufer normaler Behaarung gegen das Zentrum vor. Vereinzelt kleinste, sogar kaum über stecknadelkopfgroße nackte Stellen mitten in der gesunden Umgebung. Auffallend ist das Verhalten der alopecischen Haut selbst. Sie ist

glänzend weifs, atrophisch, leicht eingesunken, auf dem Schädeldach nur wenig verschiebbar, dabei derber anzufühlen, die Oberfläche vollständig glatt und kahl, keine Follikelmündung, keine Wollhaare auch nicht an den scharf abgegrenzten Rändern sichtbar, wo ohne Übergang plötzlich die noch anscheinend gesunden, fest haftenden, dichten schwarzen Haare Spalier bilden. Das Ganze sieht wie „ausgenagt" aus, oder wie wenn ein dicker Wurm (man verzeihe mir diesen etwas unästhetischen Vergleich) auf der Scheitelhöhe gehaust, hierhin, dorthin Gänge und Gassen durch den dichten Haarwald gefressen hätte, auch nicht einen Stumpf zurücklassend, wobei die kahlen Stellen, allmählich miteinander verschmelzend, gröfsere, unregelmäfsig begrenzte, „abgehaarte" Plätze bilden, wo nur hie und da kleinere oder gröfsere Büschel Haare stehen geblieben. Nur an einer Randstelle lassen sich einige dicht bei einander stehende, durch leichte, punktförmige Rötung an der Basis gekennzeichnete Haare entdecken, die schmerzlos einem leichten Zuge folgen, aber weder makroskopisch, noch mikroskopisch deutlich wahrnehmbare Differenzen gegenüber gesunden Haaren aufweisen. Sonst nirgends, auch nicht auf dem leicht schuppenden, sonst gesunden Haarboden Rötung, Knötchen-, Pustelbildung etc. Weder subjektive, noch objektive Sensibilitätsstörungen. Färbung der Haare auf Mikroorganismen fällt negativ aus. Die übrige Körperbedeckung ist vollständig normal, kein Lichen pilaris. Der Haarwuchs der Augenbrauen, Achselhöhle, Genitalien u. s. w. reichlich. In letzter Zeit soll der Haarausfall auf dem Kopfe etwas geringer gewesen sein.

Patient war bis auf einige Kinderkrankheiten stets gesund, nie luetisch infiziert, stammt aus gesunder, eines vollen Haarwuchses sich erfreuenden Familie. Der ca. fünfjährige Knabe des Patienten wurde seiner Zeit wegen Nasenlupus von mir behandelt. Für das Auftreten des Leidens weifs Patient keinen Grund anzugeben; ein Trauma ging nicht voran.

Es handelt sich also hier um eine unregelmäfsig exzentrisch fortschreitende, scharf begrenzte, chronische Atrophie der Kopfhaut, welche alle Elemente, speziell den Haarfollikelapparat, in Mitleidenschaft gezogen hat. Ob die Affektion parasitären, ob sie nervösen Ursprungs ist, zur Entscheidung dieser Frage bietet uns der gegenwärtige Status keine genügenden Anhaltspunkte. Dagegen scheint die leichte, allerdings nur an wenigen Follikeln sichtbare Hyperämie mit dem Haarausfall in engstem Zusammenhange zu stehen.

Was für eine aus Alopecie und Atrophie gemischte klinische Krankheitsform möchte hier wohl vorliegen? Ohne Schwierigkeiten lassen sich gewisse andere, häufiger vorkommende Formen von Alopecie mit Sicherheit ausschliefsen. So zeigt die gewöhnliche Alopecia areata viel regelmäfsigere Begrenzungslinien; die ausfallenden Haare sind gewöhnlich atrophisch, während die Haut selbst nicht atrophisch oder narbig verändert ist; die Restitution der Haare, am vorübergehenden Auftreten von Wollhaaren erkennbar, bleibt bei Alopecia areata nur selten aus. Die syphilitische Alopecie zeichnet sich aus durch meist diffuses Befallensein des Capillitiums in toto, jedenfalls nicht in scharf begrenzten Stellen, sondern mehr in wenn auch spärlich behaarten Lichtungen auftretend; dazu gesellt sich häufig gleichzeitiger diffuser Ausfall der Augenbrauen, die Anwesenheit anderer syphilitischer Symptome (Drüsenschwellungen etc.).

Ebensowenig konnte die Alopecie als Folgeerscheinung eines Lupus erythematodes, einer Pityriasis capitis etc. aufgefafst werden.

Bei dem so auffallenden, mit keiner gewöhnlichen Form von Alopecie harmonierenden Krankheitsbilde, dem Mangel aller kausalen Antecedentien (Traumen, Ätzungen, Verbrennungen etc.) mufste ich, obwohl mir noch nie ein solches Bild zu Gesichte gekommen, an gewisse seltene Erkrankungen der Kopfschwarte denken, wie sie, fast ausschliefslich nur von französischen Forschern beobachtet und studiert, unter den verschiedensten Namen in den französischen spezialistischen Werken figurieren.

Brocq[11] gebührt das grofse Verdienst, zuerst, im Jahre 1885, auf gewisse Narbenbildung und dauernde Alopecie im Gefolge führende chronische Erkrankungen des Capillitiums aufmerksam gemacht, die einzelnen Fälle genauer beschrieben und sie unter der einheitlichen Bezeichnung Pseudopelades zusammengestellt zu haben, damit eine Unterabteilung seiner Folliculites décalvantes bildend. Im Jahre 1888 legte Brocq, gestützt auf neuere Beobachtungen, seine Arbeit der Société médicale des hôpitaux de Paris[12] vor, welche Mitteilung dann in kurzem eine Reihe neuer einschlägiger Beobachtungen zur Folge hatte: ich nenne die Arbeiten von Quinquaud,[13] Niclot,[14] dann vor allem die von Besnier,[15] sowie von Ducrey und Stanziale,[16] Dubreuilh.[17]

Dagegen ist mir auch nicht eine Mitteilung über diese sonderbare Alopecieform aus der deutschen Litteratur bekannt geworden. Der von Behrend in einer Anmerkung zu seiner Arbeit „Über die klinischen Grenzen der Alopecia areata“[18] citierte Fall gehört nicht hierher. Es dürfte daher angezeigt erscheinen, auf diese Pseudopelades etwas näher einzutreten.

Besnier,[19] dessen übersichtlicher Einteilung, die auch mit denjenigen anderer Forscher (Ducrey und Stanziale) übereinstimmt, ich hier folge, stellt diese in ihrem Wesen noch vollständig unbekannten Formen unter der Bezeichnung Pelades innommés zusammen. Gemeinschaftlich ist diesen Erkrankungen, dafs die Haare in höchst unregelmäfsigen, bizarren Figuren ausfallen, wobei die Haut atrophisch verdünnt, oft sogar narbig eingesunken, glatt, an den betroffenen Stellen vollständig und dauernd frei von Lanugo und langen Haaren bleibt, weifs

---

[11] *Americ. Journ. of cut. and ven. dis.* 1885.
[12] *Bull.* 1888, dann *Lehrbuch*: Traitement etc. 1890. S. 313 ff.
[13] *Bull.* 1888.
[14] *Thèse de Paris.* 1888, und *Ann. de derm. et de syph.* 1894. S. 327.
[15] *Ann. de derm. et de syph.* 1889, S. 105 und *Traduction de Kaposi.* Bd. II. S. 180 ff.
[16] *Giorn. ital. d. mal. ven. e della pelle.* 1892. S. 239.
[17] *Ann. de derm. et de syph.* 1893. S. 329.
[18] *Berl. klin. Wochenschr.* 1887. S. 108.
[19] l. c.

glänzend, fast elfenbeinartig sich zeigt. Je nach dem Vorhandensein mehr oder weniger entzündlicher, perifollikulärer Veränderungen unterscheidet Besnier 1. eine nicht irritative Form: Alopécie peladiforme pseudocicatricielle commune und 2. Alopécies peladiformes pseudocicatricielles irritatives.

Der ersten Form, Besniers Alopécie innommé par excellence, zu welcher unser Fall zählen dürfte, entsprechen Brocqs Pseudopelade, Ducreys und Stanziales Pseudoarea. Hyperämische oder entzündliche Vorgänge können hier vollständig fehlen oder nur auf die allernächste Umgebung der Follikel in Form von leichten, cirkumskripten oder diffusen, mit dem Haarausfall verschwindenden Rötungen beschränkt sein. Diese, subjektiv keine oder höchstens leichtes Juckgefühl hervorrufende Krankheitsform wurde bis jetzt fast ausschliefslich nur bei Männern beobachtet; einzig Dubreuilh konstatierte die Krankheit auch bei einigen weiblichen Individuen.

Die irritative Form, Quinquauds Folliculite dépilante, Ducreys und Stanziales Dermatitis sykosiformis atrophicans, unterscheidet sich von der vorangehenden nur durch mehr oder weniger intensive Entzündungsvorgänge, speziell des perifollikulären Gewebes. Nach Brocq zeigt das klinische Bild mit gewissen Formen von Favus die gröfste Ähnlichkeit, „Favus sans godets". Von dieser überaus seltenen Form giebt Quinquaud[20] folgendes klare Bild: Die follikulären Veränderungen beginnen meist mit stecknadelkopfgrofsen und noch kleineren, miliare Abscesse bildenden Pustelchen, in deren Zentrum ein lockeres Haar sitzt. Das Haar fällt rasch spontan aus, um nicht mehr zu wachsen, da der entzündliche Prozefs eine definitive Atrophie des Haarfollikels und seiner Anhänge herbeigeführt hat. Nach Ablauf der Entzündung ist die Haut glatt, mattweifs, wie atrophisch, verdünnt, eingesunken, oft von narbigem Aussehen und dann an die nach Favus zurückbleibenden Narben erinnernd. Die alopecischen Stellen sind unregelmäfsig, von der verschiedensten Gröfse, aber meist nicht so grofs, wie nach Alopecia areata, hier und dort über das Capillitium verstreut; hierbei kann man deutlich eine Tendenz zur Bildung von Herden erster und zweiter Ordnung erkennen. Jede Pustel bleibt isoliert und fliefst nicht mit den benachbarten Effloreszenzen zu den ausgedehnten, derben, infiltrierten, roten Flächen der gewöhnlichen Bartflechte zusammen.

Die Acné décalvante von Lailler und Robert unterscheidet sich von der Quinquaudschen Krankheit nur durch ihren weiteren Verlauf, indem späterhin die Alopecie selbständig fortschreiten kann, ohne weitere entzündliche Erscheinungen, ohne eiterige Folliculitis etc., also eine Kom-

[20] L. c.

bination der zweiten irritativen mit der ersten Form, der Pseudopelade, bildend.

Eine grofse Ähnlichkeit mit der eben beschriebenen QUINQUAUDschen Form zeigt BROCQS Sycosis lupoïde, wovon mir letzten Sommer ein charakteristischer Fall begegnete:

Herr A. L., Kaufmann aus Brüssel, leidet schon seit Jahren an einer überaus hartnäckigen Affektion seines Bartes, wogegen sich die von verschiedenen Ärzten angeordneten Mittel, Salben, Lösungen, Epilation etc, erfolglos erwiesen hatten. Das Übel, das ohne bekannte Ursache am Schnurrbart begonnen, dehnte sich langsam, aber stetig auch über die anderen behaarten Gesichtsgegenden aus, um einzig gegen den Hals zu spontan zum Stillstand zu gelangen, während nach oben, gegen Augen und Schläfen zu, wo der Backenbart noch nicht vollständig ergriffen war, dasselbe auf der Höhe der Entwickelung stand. Patient hielt sich ca. vier Wochen im Bad Schinznach auf, ohne von den fast täglich genommenen Bädern und Duschen irgend welche Besserung zu verspüren.

Status: Nervöses, etwas schwächliches Männchen von ca. 50 Jahren. Bis auf eine vor Jahren durchgemachte Blennorrhoe im ganzen gesund, keine syphilitischen oder tuberkulösen Antecedentien. Patient trug früher Vollbart.

Ergriffen Wangen und Kinn fast symmetrisch, rechts mehr, als links; frei, d. h. behaart, wenn auch von der Entzündung schon teilweise ergriffen, nur noch Kinn und oberer Teil der Wangen. Die Affektion ist nur auf die Bartgegend beschränkt. An den abgeheilten Partien hat die Affektion das Aussehen einer lupösen, eher noch syphilitischen Narbe, an den auf der Höhe der Erkrankung stehenden das einer Sykosis coccogenes. Die Haut ist an den ersteren Stellen weifs oder rötlich und dann leicht schuppend (gegen die entzündeten Randpartien zu), narbig verdünnt, glatt, glänzend, geschmeidig, vollständig haar- und follikellos, nur nach unten, gegen den Hals zu, entsprechend dem früheren Bartrande, streckenweise keloidartig verdickt. Nirgends eingesprengte Lupusknötchen sichtbar. Nach oben, gegen Augen und Schläfen zu, wo der Haarwuchs noch erhalten, schreitet die Affektion zentrifugal weiter, kleinere Ausläufer vorsendend, einen unregelmäfsigen Saum meist kleinerer, nicht über erbsgrofser, teils ineinander überfliefsender Pusteln und dunkelbrauner Krusten bildend. Die Pusteln sitzen einer derb infiltrierten, lebhaft roten Basis auf und sind in der Mitte von einem leicht und schmerzlos ausziehbaren, an der Wurzel eiterig aufgequollenen Haare durchbohrt. Abgesehen von der Entstellung und einem leichten Brennen und Kitzeln hat der Patient keine Beschwerden. Die Haut des übrigen Körpers normal; keine Zeichen von Syphilis oder Tuberkulose. Von der Anwendung des Galvanokauters will der furchtsame Patient nichts wissen. Die Applikation einer gesättigten alkoholischen Borsäurelösung, abwechselnd mit Hg-Phenolpflaster und Sublimatkompressen, soll nach schriftlicher Mitteilung nur von vorübergehendem Erfolge begleitet gewesen sein.

Abgesehen von der hochgradigen Intensität der entzündlichen Symptome und der Lokalisation auf die Bartgegend existiert, wie wir sehen, keine einzige charakteristische Differenz zwischen diesem Fall von Sycosis lupoïde und QUINQUAUDS Folliculite dépilante, resp. BESNIERS Alopécie peladiforme pseudocicatricielle irritative. Ob aber alle diese Formen einheitlicher Natur sind, diese Frage müssen wir einer späteren Zukunft zur Beantwortung überlassen. Denn bis jetzt ist die Genese dieser Leiden noch in vollständiges Dunkel gehüllt. Das exzentrische Fortschreiten, die allerdings

manchmal fehlenden, oft wieder hochgradig ausgeprägten entzündlichen Erscheinungen, die narbigen Atrophien machen, abgesehen von den noch einer Nachprüfung bedürfenden bakteriologischen Befunden QUINQUAUDS (Q. gelang es, daraus einen Micrococcus mit charakteristischen Eigenschaften zu züchten, der, auf Tiere überimpft, ähnliche Follikelveränderungen mit folgendem Haarausfall verursachte), eine infektiöse Ursache nicht so unwahrscheinlich, wobei immerhin bei der ersten, nicht oder wenig entzündlichen Form, wozu unser Fall zählt, die Frage eines trophoneurotischen Ursprunges nicht kurzweg von der Hand gewiesen werden darf.

Die Prognosis quoad Wiederersatz der Haare an den narbigen atrophischen Stellen ist natürlich pessima, quoad Heilung (d. h., bevor der ganze Haarboden ergriffen wird, worauf Spontanheilungeintritt) bei diesem als äufserst rebellisch bekannten Leiden wenigstens sehr vorsichtig zu stellen.

Die verschiedensten parasiticiden und reduzierenden Mittel wurden dagegen empfohlen, so besonders Quecksilber-, Resorcin-, Ichthyol-, Schwefelpräparate. Alle Forscher stimmen in der Warnung vor zu starker Konzentration und dadurch bedingter Hautreizung überein.

So viele Beobachter, fast so viele Benennungen haben diese Affektionen erfahren. Wohl ganz unpassend, wenigstens für die erste Krankheitsform, ist der Name Folliculitis. Bis auf weiteres, d. h., bis wir über die Genese dieser Prozesse genauer unterrichtet sind, dürfte sich die nicht präjudizierliche Bezeichnung Pseudopelade (BROCQ), resp. Alopécie peladiforme (BESNIER) am besten eignen. Unser Fall könnte also passend Pseudoalopecia atrophicans bezeichnet werden.

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 13. Mai 1896.

(Original-Bericht von LOUIS WICKHAM-Paris.)

Herr FOURNIER: **Syphilis hereditaria tarda bei einer 53jährigen Patientin.** Unter der Benennung von varikösem Geschwüre hat man lange Zeit Ulcerationen von verschiedener Natur untereinander verwechselt. F. stellt eine Patientin vor mit flächenhaftem phagedänischen Ulcus, welches beinahe die ganze vordere und äufsere Fläche des linken Beines einnimmt und dessen Aussehen eine syphilitische Affektion vermuten liefs; da aber alle Anhaltspunkte zur Annahme einer acquirierten Lues fehlten, so mufste eine hereditäre angenommen werden, die denn auch aus dem Vorhandensein zahlreicher Stigmata klar abzuleiten war: Veränderungen an den Zähnen und Knochen, Narben, die Vorgeschichte der Affektion und besonders eine Veränderung an den Augen, welche bisher bei der hereditären Lues nirgends angeführt worden: die Iridodonesis. Diese Affektion ist bei der Patientin kongenital und giebt sich kund durch ein gallert-

artiges Zittern der Pupille; die Linse ist im affizierten Auge luxiert. Die spezifische Behandlung mit Kalomelinjektionen und Jodkalium bestätigte durch seine rasche Wirkung die Diagnose.

Herr HALLOPEAU: **Über einen neuen Fall von DARIERscher Dermatose.** Obwohl dieser Krankheitstypus zuerst von OLLIVIER, LAILLER, BESNIER, dem Autor selbst und vielleicht auch von LUTZ beobachtet worden ist, will H. doch die ursprüngliche Bezeichnung beibehalten, weil D. der erste war, der eine vollständige Beschreibung der Affektion gegeben und sie im Auslande bekannt gemacht hat, so dafs sie allgemein unter diesem Namen angeführt wird. Die Bezeichnung Psorospermosis follicularis hat hingegen keine Existenzberechtigung mehr, indem die parasitäre Natur der Elemente, welche bei ihr vorgefunden worden, immer fraglicher wird. Der Fall H.s zeigt das Besondere, dafs sich in der Lippenschleimhaut zahlreiche kleine, knötchenförmige, gruppierte oder konfluierende Erhabenheiten befinden, an denen man einen Tropfen zäher Flüssigkeit quellen sieht und welche somit hypertrophisch Drüsen darstellen. Aufserdem bemerkt man eine zellige Beschaffenheit des Zungenrückens, ein granitartiges Aussehen der Dorsalfläche der Hände, ein stärkeres Ausgeprägtsein der Hautlinien in den Handtellern und das Vorhandensein stark entwickelter pigmentierter Papeln in den Glutealfalten und am Nabel. Diese Merkmale sind charakteristisch für diese Dermatose und für die Affektion, welche DARIER als papilläre und pigmentäre Dystrophie bezeichnet. Die Analogien zwischen diesen beiden Dermatosen wurden bereits von DARIER selbst und neulich von KULNITZKI hervorgehoben. DARIER erklärt auch, dafs der Fall H.s die typischen Läsionen der Psorospermosis vegetans aufweist. Was aber die runden Körper und die Körner anlangt, die er früher für Coccidien halten zu müssen glaubte, so erklärt er, dafs er nunmehr an der parasitären Natur derselben ebenfalls zweifle und sie für einfache, bisher noch nicht näher bestimmte Zellenveränderungen halte.

Herr DANLOS: **Syphilitischer Schanker der Lippe ohne Drüseninfiltration und Induration.** Derselbe dauert bereits zwei Monate lang und ist von typischem syphilitischen Aussehen. Roseola ist bei der Patientin niemals beobachtet worden, wohl aber eine sehr spärliche tuberkulo-squamöse Eruption, die vor einem Monat aufgetreten ist. Der Fall bildet eine wirkliche Anomalie.

Herr DANLOS stellt einen Fall vor, dessen Diagnose Schwierigkeiten bietet. Der Patient zeigt einen grofspapulösen, lichenartigen Ausschlag, der aber niemals gejuckt hat. Die Natur dieser Efflorescenzen konnte durch die histologische Untersuchung nicht genau festgestellt werden.

Herr G. BROUARDEL: **Zwei Fälle syphilitischer arterieller Aneurysmen.** Beim ersten handelt es sich um ein Aneurysma des Arcus aortae bei einem Patienten, der früher eine syphilitische Arteriitis des Gehirns mit Hemiplegie hatte, welche später heilte. Der zweite Fall ist ein Aneurysma der Femoralis, welches operiert wurde und im Gefolge dessen Gummata an den Beinen aufgetreten waren. Diese Fälle beweisen den syphilitischen Ursprung gewisser Aneurysmen.

Herr FOURNIER: **Drei Fälle von Hydrargyrie der Haut.** Der erste betrifft eine Frau, welche früher eine Haartinktur benutzt hatte. Seit sechs Monaten hatte sie sich nicht mehr gekämmt, als sie vor einigen Tagen wegen einer Blepharitis von weifser Präzipitatsalbe Gebrauch machte; noch am gleichen Tage brach ein ekzemartiger Gesichtsausschlag auf mit Ödem und starker Sekretion der Ciliengegend; dieses Quecksilberekzem dehnte sich dann auf die oberen Extremitäten aus. Früher hatte die Patientin an Seborrhoe des Haarbodens gelitten.

Die zweite Patientin hatte acht Tage hindurch täglich zwei Efslöffel Sirop de

Gibert eingenommen, als ein allgemeines scharlachähnliches Erythem auftrat. Patientin war der Intertrigo unterworfen.

Der dritte Patient, der bereits vorgestellt wurde, ist von Profession Desinfizierer und hatte Sublimatdämpfe eingeatmet, worauf eine allgemeine Eruption auftrat, welche einer exfoliativen Dermatitis, stellenweise sogar einem malignen Herpes ähnlich sieht. Vor einigen Jahren war Patient von Psoriasis leichten Grades affiziert. FOURNIER betont folgende drei für merkurielle Eruptionen charakteristische Merkmale, die stets vorhanden sind: 1. die Ekzematisation, 2. die reichliche Sekretion, 3. die blätterartige Beschaffenheit der Abschuppung. Die beiden letzteren Erscheinungen können besonders stark ausgeprägt sein.

Herr BESNIER erklärt, dafs vor der Eruption stets eine besondere Prädisposition vorhanden ist, welche das Auftreten des medikamentösen Ausschlags begünstigt. Bei verschiedenen Individuen wird dasselbe Medikament die verschiedensten Variationen aufweisen.

Über eine syphilisähnliche, exfoliative Erythrodermie mit doppelter Iritis bei einer Patientin mit Eierstockcyste. Herr GASTON stellt eine 70jährige Patientin vor mit exfoliativer Erythrodermie in Form von Plaques mit rötlich pigmentiertem Zentrum und schuppenden Rändern (wie bei Psoriasis). Die Affektion ist ohne vorangegangene andere Hautaffektion plötzlich entstanden und ist in wenigen Tagen allgemein geworden. Fieber und andere Allgemeinerscheinungen bestehen nicht, wohl aber eine doppelte Iritis, welche zu beinahe gänzlicher Erblindung geführt hat. Die Patientin hat gar keine Medikamente eingenommen, hat früher nie eine allgemeine Krankheit durchgemacht, leidet aber an Ovarialcyste. Das Aussehen der Eruptionen hatte den Gedanken an einen syphilitischen Ursprung der Affektion aufkommen lassen, doch konnte derselbe nicht bewiesen werden. Die histologische Untersuchung ergab eine diffuse Dermitis mit vorherrschender perifollikulärer kleinzelliger Infiltration, wie man sie bei den exfoliativen Dermatitiden findet.

Herren HALLOPEAU und JOUSSET: **Über zwei Fälle von Ulcus rodens.** Diese Affektion wird in Frankreich und in Deutschland allgemein mit dem Epitheliom verwechselt, von welchem sie sich jedoch unterscheidet durch ihre relative Gutartigkeit, ihre Tendenz zur teilweisen Vernarbung, das Fehlen von Drüsenschwellungen und von Metastasen. Einer der von den Autoren vorgestellten Fälle kann als Typus dieser Dermatose dienen; der Beginn reicht um 15 Jahre zurück, und die Läsionen blieben auf einen Teil der Stirngegend beschränkt. Die Eruption ist oberflächlich geblieben und ist mehrmals beinahe vollständig vernarbt gewesen. Beim zweiten Patienten gehen die Veränderungen tiefer; es besteht eine teilweise Zerstörung der Nase, ähnlich wie beim Lupus. Ein breites Geschwür erstreckt sich in die Tiefe, und der verdickte Rand erreicht stellenweise eine solche Mächtigkeit, dafs er einen wahren Tumor vortäuscht, entgegen den gewöhnlichen Erfahrungen bei dieser Krankheit; doch lassen der langsame Verlauf der Affektion, die teilweise Vernarbung, das Fehlen von Drüseninfiltration, das gute Allgemeinbefinden keinen Zweifel über die Natur der Krankheit aufkommen. Es handelt sich offenbar, wie es die Engländer und DUBREUILH nachgewiesen haben, um eine ganz besondere, selbständige Form eines Epithelioms.

Hereditäre Syphilis und Infantilismus. Die Herren GASTON und BARASCH stellen eine 21jährige Patientin vor, die von Kindheit an in ihrer Entwickelung zurückgeblieben ist und man für ein 14jähriges Mädchen halten würde. Als hereditäre syphilitische Stigmata weist sie auf: Kleinheit der Gestalt, Mifsbildung der Zähne, zahlreiche Narben an verschiedenen Körperstellen, Augenläsionen etc., aufserdem: Hypertrophie der Mammae und auf Stirn und Nacken eine Eruption, welche circinären, tuberkulo-krustösen Syphiliden ähnlich sieht.

Herr Gaston: **Erysipelähnliche Dermitis mit Staphylokokken im Verlaufe eines Herpes gestationis.** Eine Patientin mit Herpes gestationis gebiert ein ausgetragenes Kind, das einige Tage nach der Geburt stirbt. Zwei Wochen nachher zeigt sich bei der Patientin ein pustulöser Ausschlag und gleichzeitig ein Erythem im Gesicht, das ganz einem Erysipel gleich sieht. Die Untersuchung des Blutes aus dem erysipelatösen Gebiete und des Pustelinhaltes ergab das Vorhandensein von Staphylokokken, die in Kulturen aufgingen, und von eosinophilen Zellen, welche ebenfalls im Blute aus der Fingerkuppe nachgewiesen werden konnten.

Herr Du Castel: **Tuberkulose des Vorderarmes und der Hand.** Die Krankheit hat mit einer Arthritis des Mittelfingers begonnen, welcher entfernt werden mufste. Später traten auf dem Arme Knoten auf, welche vereiterten und geschwürig wurden. Gegenwärtig ist die Hand geschwollen, die Finger kegelförmig, der Vorderarm mit vegetierenden Massen und Geschwüren bedeckt. In einem der Knoten hat man Riesenzellen nachgewiesen.

Herr Du Castel: **Purpuraeruption der Finger.** Es handelt sich um einen Patienten mit rundlichen, schuppenden Plaques der Dorsalflächen der Finger; dieselben wurden zweimal hämorrhagisch, und zwar das erste Mal nach Einnahme von Jodkalium, das zweite Mal nach Genufs von „Sirop antiscorbutique", welcher geringe Quantitäten von Jod enthält. Du Castel meint deshalb, dafs beim Patienten eine Art hämorrhagischer Diathese besteht, welche durch das Jod zu intensivem Ausdrucke kommt.

Herr Canuet: **Herpes gestationis und Kindermortalität.** Eine Patientin hat acht Geburten gehabt. Viermal wurde sie während der Gravidität von Herpes gestationis befallen; jedesmal starben die Kinder kurz nach der Geburt ohne nachweisbare Ursache ab. Gegenwärtig leidet sie an einem Pseudoerysipel des Gesichts, das auf dem Wege der Besserung begriffen ist.

Herr Canuet: **Impetiginöser Schanker des Kinns bei einem Kinde.** Dieses leidet wirklich an Syphilis, trotzdem die Affektion im Anfange wie eine einfache Impetigo aussah. Seit einigen Tagen beobachtet man nämlich bei demselben disseminierte Alopecieplaques und perianale Syphilide.

Übersetzt von C. Müller-Wallisellen (Zürich).

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 35. Heft 1. 1896.

I. Ein Fall von Acanthosis nigricans. (Dystrophie papillaire et pigmentaire), von M. Kuznitzky-Strafsburg. Die im ganzen sehr spärliche Litteratur der Affektion wird durch einen der Privatpraxis des Herrn Prof. Wolff entstammenden Fall bereichert. Die früher stets gesunde, 41 Jahre alte, verheiratete Patientin bemerkte im August 1893 ein Stärkerwerden der rechten Brust, ohne besondere Schmerzen dabei zu empfinden. Im November desselben Jahres begann die Haut zwischen den Schenkeln und in der Nabelgegend „rauh" zu werden. In ähnlicher Weise wurden bald auch andere Stellen befallen, die dann eine mehr oder weniger intensiv braune Färbung zeigten. Gegenwärtig sieht man an den verschiedensten Körperstellen die Haut in der Weise verändert, dafs sich ganz allmähliche Über-

gänge von dem fast unmerklichen Hervorragen der Papillenleisten über das Niveau der gesunden Haut bis zu 2 mm hohen Wülsten vorfanden, welche die sie trennenden Hautfurchen vertieft und fast rissig erscheinen lassen. An manchen Stellen ist dieser Übergang sehr schroff. An der vorderen Begrenzung der Achselhöhlen z. B., sowie zwischen den Brüsten erheben sich aus den veränderteen Partien ganz umschränkte Bezirke papillomatös bis zu 1 cm Länge und darüber. Die Hautfarbe der Patientin ist im allgemeinen eine bräunliche. Die beschriebenen Hautbezirke aber zeigen eine besonders starke Pigmentierung bis zu dunkelbraun-violetten Nuancen. Die Untersuchung der rechten, kindskopfgroſsen Brust ergiebt die Diagnoss Carcinoma mammae. Die Amputation der erkrankten Brust wurde von Prof. Madelung ausgeführt. Etwa vier Wochen später ging die Patientin an einer Pleuritis zu Grunde.

Die von Prof. v. Recklinghausen vorgenommene Sektion ergab unter anderen Befunden eine immense Vergröſserung der Leber, die von zahlreichen Krebsknoten durchsetzt war und die Baucheingeweide stark nach unten verdrängt hatte.

Verfasser teilt den Sektionsbefund ganz ausführlich mit.

Einige von der rechten Achselhöhle, von der lateralen Seite der rechten Brustoberfläche und vom Abdomen excidierte Hautstücke wurden histologisch untersucht. Was das Corium betrifft, so zeigt sich in fast allen Schnitten im Verlauf der Gefäſse, Schweiſsdrüsenausführungsgänge, Haare und Milchkanälchen kleinzellige Infiltration. Ebendaselbst finden sich rundovale bis längliche Mastzellen in groſser Menge. Im Papillarteile des Coriums sieht man zahlreiche, langgestreckte, oft äuſserst fein zugespitzte Mastzellen stets parallel der Papillenachse liegen. Die Gestalt der Papillen, somit auch des Papillarteiles des Coriums ist schon an den Stellen, an denen makroskopisch nur „Rauhigkeit“ der Haut vorhanden war, eine unregelmäſsige und im Bereiche der papillären Exkrescenzen eine ganz regellose. Bald stehen sie palissadenartig nebeneinander, alle von ziemlich gleichen Dimensionen, bald finden sich dicht neben kurzen, flachen, mehr in die Breite gezogenen Papillen ganz schlanke, lange, distal entweder spitz oder kolbig endende. Das Bild des Condyloma acuminatum wird hier nicht nur nachgeahmt, sondern durch diese Mannigfaltigkeit der Papillenformen weit übertroffen.

Die Gefäſse, das elastische Gewebe zeigen im allgemeinen keine wesentlichen Abweichungen von der Norm.

Das Pigment ist stark vermehrt; nirgends lieſs sich jedoch eine Gesetzmäſsigkeit in dem Verhalten von Pigmentreichtum zu dem jeweiligen Grade der Papillenanomalien feststellen. Während also die Pigmentverteilung eine regellose ist, erscheint die Lokalisation des Pigments insofern als eine regelmäſsige, als die gröſseren dunkelbraunen, unregelmäſsig geformten Pigmentschollen fast stets nur in der Pars reticularis vorkommen, und zwar ohne erkennbare Abhängigkeit von den Blutgefäſsen. Die kleineren, goldgelben Pigmentkügelchen liegen vorwiegend in der Pars papillaris, zumeist im Innern von Leukocyten, deren lappige Kerne sich intensiv färben lassen. Zuweilen liegen sie aber auch frei in den Lymphspalten des intrapapillären Gewebes. Einen Übergang von hier in Lymphspalten der Epidermis konnte Verfasser nirgends konstatieren. In der Epidermis liegt das Pigment fast ausschlieſslich in den Zellen des Stratum cylindricum. Die einzelnen Körnchen sind äuſserst fein, schwarzbraun gefärbt und erfüllen das Protoplasma der ganzen Zellen, sind jedoch stets am distalen Pol besonders reichlich angehäuft.

Die Stachelzellenschicht ist hypertrophisch; sie sendet sehr verschiedenartig gestaltete Epithelbalken in das Corium hinab, deren Enden hier bald spitz, bald gabelig, stumpf oder kugelig sind. Mitosen finden sich nur wenig. Die Kerne der Stachelzellen zeigen eine gewisse Veränderung. Man findet zwischen Kernmembran

und Kernprotoplasma eine glasige, ungefärbte, homogene Substanz, die zu Lebzeiten des Organismus innerhalb des Zellkerns unter ziemlich hohem Druck ausgeschieden sein muſs. Diese Substanz entspricht weder dem Hyalin, noch dem Keratin, noch dem Amyloid. Sie ist Säuren und Alkalien gegenüber widerstandsfähig.

Das Verhalten des Stratum corneum ist bezüglich seiner Dicke ein sehr wechselndes. Abgesehen von den gewöhnlichen Hornbakterien, konnten nirgends Mikroorganismen nachgewiesen werden.

Verfasser vergleicht seinen Fall mit den in der Litteratur publizierten und findet eine groſse klinische Ähnlichkeit mit der Darierschen Psorospermosis. Als wichtiges unterscheidendes klinisches Merkmal scheinen die bei der Darierschen Krankheit als Primäreffloreszenzen beschriebenen, mit Krusten bedeckten Papeln zu sein, die bei der Dystrophie papillaire et pigmentaire fehlen. Hier giebt es keine Primäreffloreszenzen mit dazwischenliegender normaler Haut, sondern stets sind zusammenhängende Flächen erkrankt, ihre Papillenleisten mehr oder weniger hypertrophisch.

Bedeutender und entscheidender sind die histologischen Unterschiede beider Affektionen.

Als hauptsächlichste, klinisch ähnliche Momente hebt Verfasser hervor die Lokalisation der Affektion und das zeitliche Vorangehen einer carcinomatösen Entartung der Abdominalorgane.

Was die Nomenklatur betrifft, so findet Verfasser die Bezeichnung „Acanthosis nigricans“ nicht völlig zutreffend, weil die ungewöhnlich zahlreichen Mastzellen, sowie die Infiltration des Coriums beweisen, daſs die Stachelzellenschicht jedenfalls nicht das ausschlieſslich veränderte Element ist. Ob die Akanthose das Primäre und Wichtigere sei gegenüber den Veränderungen des Coriums, dafür hat Verfasser in seinen Präparaten keine Anhaltspunkte finden können.

II. **Ein Fall primärer Syphilis der Conjunctiva**, von W. Reiss-Krakau. Nach einer kurzen Übersicht über die diesbezügliche Litteratur beschreibt Verfasser folgenden Fall. Der 25jährige Patient wurde am 20. Oktober 1895 wegen bereits seit längerer Zeit bestehender trachomatöser Conjunctivitis in die Augenklinik aufgenommen. In den letzten zwei Wochen hatte sich eine eigentümliche Schwellung der Bindehaut des linken Auges hinzugesellt, welche vom Kranken bei jeder Bewegung der Augenlider lästig empfunden wurde. Er wurde im Militärspital wegen Trachoms acht Wochen behandelt. Kurz vor seiner Entlassung bemerkte er, daſs die Drüsen in der Gegend des Kiefergelenkes linkerseits geschwollen waren. Erst in der Augenklinik wurde die Diagnose auf Syphilis conjunctivae gestellt. Ohne die Begleiterscheinungen zu würdigen, hätte man das Krankheitsbild mit einem Lymphom der Conjunctiva oder mit der Degeneratio amyloidea verwechseln können. Bei der späteren Aufnahme des Patienten in die dermatologische Klinik zeigte derselbe das linke Auge stark gerötet; die Bindehaut der Lider und des Bulbus, mit Trachomgranulationen besäet, wölbte sich im unteren Fornix ganz in der Nähe des Canthus externus zu einer erbsengroſsen, flachen, knorpelartigen Geschwulst von harter Konsistenz, ziemlich scharf markierten Rändern und gelblich livid gefärbter Oberfläche. Die Umgebung ist stark ödematös. Von den präaurikularen Drüsen ist nur eine einzige tastbar; die submaxillaren Drüsen links sind stark vergröſsert, indolent, von derber Konsistenz. Am Stamme und an den Extremitäten sah man deutlich ausgeprägte Roseola syphilitica.

Bezüglich der Ätiologie ist nicht ausgeschlossen, daſs die Infektion erst im Militärspital bei der Behandlung des Trachoms, vielleicht durch einen infizierten Augenpinsel, stattgefunden hat.

III. **Beiträge zur Anatomie der Trichophytosis**, von L. Waelsch - Prag. Verfasser hat seine Untersuchungen an excidierten Hautstückchen vorgenommen, und zwar drei von Herpes tonsurans vesiculosus, eins von Trichophytia capillitii, drei von Sykosis parasitaria. Was den Herpes tonsurans vesiculosus betrifft, so stimmen die Resultate des Verfassers im grofsen und ganzen mit denen von Scharff überein.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden in folgenden Sätzen zusammengefafst: „Das Trichophyton tonsurans durchwächst die Rinde des Haares verschieden weit nach auf- und abwärts, verschont aber den Bulbus des Haares. Aufserdem bildet es zierliche Geflechte aus gegliederten und ungegliederten Fäden um das Haar herum. Es entwickelt sich ferner in den unteren Hornschichten, sowie in den in Verhornung begriffenen Zellen des Haarbalges. Bei seinem Wachstum in der Haut bewirkt der Pilz eine Entzündung, die sich kennzeichnet durch Exsudation an die Oberfläche, Proliferationsvorgänge an den epithelialen Schichten, sowie Erkrankungen der Follikel und deren Anhangsgebilden. Die Erkrankung des Follikels stellt sich dar als Perifolliculitis und Folliculitis mit eventuellem Zugrundegehen des Follikels.

Die Schwere, bezw. das Tiefgreifen der Entzündung scheint abhängig zu sein vom anatomischen Bau der befallenen Hautpartie. Sie wird naturgemäfs an der mit Lanugo bekleideten Haut mit ihren kleinen, oberflächlich eingepflanzten Follikeln eine geringgradigere sein müssen, als an der Barthaut. Es beweist dies z. B. die Untersuchung des Herpes tonsurans vesiculosus, der mit Sykosis barbae parasitaria gleichzeitig auf demselben Individuum aufgetreten war, oder ein jüngst beobachteter Fall bei einem Knaben, wo sich neben einem typischen ringtörmigen Herd an der Wange knotige derbe Infiltrate an den Augenbrauen derselben Seite nachweisen liefsen, und die Affektion sich von hier aus gegen Schläfe und unteres Augenlid wieder als vesikulös-circinäre Form fortsetzte. Die Schwere der Entzündung wird aber auch abhängig sein von der Disposition der Individuen für die Pilzentwickelung. Nur so läfst es sich erklären, dafs Impfungen mit ein und derselben Trichophytonkultur, an verschiedenen Individuen, unter sonst gleichen Verhältnissen vorgenommen, teils haften, teils fehlschlagen. Dann kommt vielleicht auch eine verschieden starke Virulenz der Trichophytenpilze in Betracht, indem vom Tiere übertragene Pilze die tiefen und schweren, von Mensch zu Mensch übertragene leichte, oberflächlichen Formen in den meisten Fällen hervorrufen dürften. Bei der überwiegenden Zahl der vom Verfasser im letzten Jahre beobachteten Fälle von Sykosis parasitaria liefs sich mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit die Übertragnng von krankem Vieh anamnestisch nachweisen.

Pathologisch-anatomisch sind die drei Krankheitsprozesse gleichartig, aber graduell verschieden. Klinisch dagegen zeigen sie gar zu grofse Differenzen, als dafs man sie alle als eine klinische Einheit auffassen könnte. Die Ursachen für diese Differenzen können möglicherweise in individuellen, habituellen, konstitutionellen Verschiedenheiten des Kranken liegen, sie können teilweise in den anatomisch-physiologischen Verschiedenheiten der Örtlichkeit begründet sein, an der sie sich lokalisieren — sie können aber auch möglicherweise in der Verschiedenheit der Parasiten ihre Erklärung finden. Was den letzten Punkt betrifft, so ist die Multiplizität der Trichophytonpilze nicht bewiesen. Da gleiche Krankheitsbilder, wie aus den Untersuchungen Sabourauds, Krösings u. a. hervorgeht, durch verschiedene Pilze und differente Symptomenkomplexe durch den gleichen Parasiten hervorgerufen werden, so sind wir zur Zeit nicht in der Lage, die Verschiedenheit der klinischen Formen der Trichophytose anders, als es oben geschehen ist, zu erklären.

IV. Hundert Fälle von **Urethritis blennorrhoica**, behandelt nach Janets Methode, von M. Möller-Stockholm. Der Verfasser bespricht zunächst die Methoden des Nachweises einer Urethritis posterior. Sowohl die Irrigations-, wie die Zweigläser-

methode lassen zuweilen Fehlschlüsse zu. Bei der ersteren läuft man Gefahr, zu oft eine posterior zu diagnostizieren, bei der letzteren entziehen sich gewisse Fälle von Urethritis posterior zu der Diagnose.

Verfasser hat eine Urethritis posterior diagnostiziert:

1. Wenn der Urin auch im zweiten Glase bei Gelegenheit von Eiter getrübt war. Die Untersuchung ist am ersten Morgenurin, oder wenigstens 4—5 Stunden nach vorhergegangenem Urinlassen vorzunehmen.

2. Bei gleichzeitig vorhandener Epididymitis, Prostatitis, Vesiculitis, Cystitis.

3. Wenn eine intermittente Eiterexpulsion stattfindet, wie auch, wenn nach dem Urinieren oder der Defäkation ein Eitertropfen in den Meatus gelangt.

Bei der Janetschen Methode spielt jedoch ein minutiöses Unterscheiden zwischen Anterior und Posterior eine geringe oder gar keine Rolle.

Von den 100 mit dieser Methode behandelten Fällen hatten 36 eine Urethritis blennorrhoica anterior von einem Tage bis fünf Wochen Dauer und 64 eine Urethritis blennorrhoica anterior et posterior von einer Woche bis fünf Monaten und darüber Dauer. Von den ersteren erzielte die Behandlung in 10, von den letzteren in 26 Fällen ein negatives Resultat.

Bezüglich der Frage „gesund oder nicht" teilt Verfasser seine Fälle in drei Kategorien ein:

A) Positiv gesunde: Solche Fälle, wo die Observation nach beendeter Kur noch ungefähr zwei Wochen fortgesetzt wurde, ohne daſs sich wieder Gonokokken zeigten.

B) Wahrscheinlich gesunde: Fälle, welche nach beendeter Kur nicht genügend lange beobachtet werden konnten, um das definitive Ausbleiben der Gonokokken mit Sicherheit bestimmen zu können.

C) Ungeheilte: Fälle, wo die in Frage stehende Methode nach kürzerer oder längerer Zeit aufgegeben werden muſste, entweder weil Komplikationen hinzutraten, welche den Abbruch indizierten, oder weil trotz einer längeren Reihe von Spülungen noch Gonokokken anzutreffen waren.

Von der Urethritis anterior gehörten zur Gruppe:
A) 25 = 69,5%,
B) 0,
C) 11 = 30,5%.

Von der Urethritis anterior posterior gehörten zur Gruppe:
A) 33 = 51,6%,
B) 6 = 9,4%,
C) 25 = 39%.

Um Komplikationen möglichst vorzubeugen, empfiehlt Verfasser, was die Konzentration der Spülungsflüssigkeit betrifft, die Dosierung sorgfältig nach den verschiedenen, individuellen Verhältnissen abzuwägen, den Konzentrationsgrad der Intensität der Inflammationssymptome anzupassen, mit schwachen Lösungen 1:5000 bis 1:4000 zu beginnen und diese nur dann zu erhöhen, wenn die Reaktion nach der zunächst vorhergegangenen Spülung nicht zu intensiv war.

Verfasser vergleicht die Resultate der Janetschen Behandlungsmethode mit anderen und gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Als abortive Behandlung ist Janets Methode anderen bisher geprüften überlegen. In den ersten zwei bis drei Tagen einer Blennorrhoe begonnen, scheint sie mit Gewiſsheit zu positivem Resultate zu führen.

2. Später, wenn die Krankheit gröſsere Akuität erreicht, hat diese Methode, wie alle anderen lokalen Behandlungsweisen, nur geringe Wirkung.

3. In subakuten und chronischen Fällen von Blennorrhoe ist die

Methode in der Regel schnell und sicher wirksam, bei stärkerer Dosierung aber nicht ungefährlich.

V. Ein Fall von **Syphilis mit konsekutiver multipler Knochenfraktur**, von S. Róna-Budapest. Fälle von Knochenfrakturen auf syphilitischer Basis sind in der Litteratur bis jetzt wenig veröffentlicht. Verfasser hat während seiner 14jährigen Praxis nur zwei Fälle beobachtet, von denen er den zweiten ausführlich beschreibt.

Es handelt sich um einen 35jährigen Bettler, der seit seinem siebenten Lebensjahre an Epilepsie, seit seinem sechzehnten bis jetzt fast ununterbrochen an schweren, syphilitischen Erscheinungen leidet. Er hat zerfallene, knotige und gummöse Syphilide der Haut gezeigt; Osteoperiostitis und Osteomyelitis gummosa, Fraktur des rechten Humerus, des rechten Akromions und beider Unterarmknochen, Spontanamputation des linken Unterschenkels, Bursitis gummosa, Arthritis gummosa, Ankylosen. Patient hat niemals einen Coitus ausgeübt und ist während seines langjährigen Leidens nur sehr wenig antiluetisch behandelt worden.

(Wir verweisen im übrigen auf die sehr interessante, ausführliche Krankengeschichte dieses ganz ungewöhnlichen Falles, möchten nur erwähnen, dafs die epileptischen Anfälle, von denen Epileptiker meistens keine Erinnerung haben, die nähere Veranlassung für die Frakturen und sonstigen Läsionen durch Sturz auf den Erdboden, Stofs an Kanten etc. abgegeben haben können. Jedenfalls ist dieses Moment in der Krankengeschichte nicht genügend hervorgehoben. Die anamnestischen Angaben eines Epileptikers, welche sich auf lange zurückdatierende Ereignisse beziehen, sind bei dem häufig schwachen Gedächtnisse solcher Patienten mit grofser Vorsicht aufzunehmen. Ref.)

VI. **Weitere Studien über Trichophytonpilze**, von R. Krösing-Stettin. Verfasser bespricht kurz die Ansichten der Autoren über die Multiplizität der Trichophytonpilze. Nach seinen auf den verschiedensten Nährböden (Bouillon, Gelatine, Maltose-Gelatine, Agar, Maltose-Agar) und bei verschiedener Temperatur (Zimmertemperatur und 25° C.) gezüchteten Deckglas-Tropfenkulturen konnte Verfasser Krals Angaben bezüglich der wechselnden Sporengröfse nur bestätigen, jedoch fanden sich in derselben Tropfenkultur, nicht wie bei Kral, im ältesten Teil derselben, d. i. im Zentrum, durchgehends gröfsere als in der Peripherie, dem jüngsten Teile, sondern die Sporen waren hier wie dort von ungleicher und innerhalb weiter Grenzen schwankender Gröfse. Verfasser kann deshalb eine Megalosporongruppe im Sinne Sabourauds nicht anerkennen. Die Untersuchungen haben weiter ergeben, dafs die aus Einzelmycelien eines Falles ausgekeimten Kolonien auf dem gleichen Nährboden, bei gleichem Alter der Kulturen, gleicher Temperatur und gleichem Feuchtigkeitsgehalt der Luft und des Nährbodens makroskopisch einander gleichen, dafs dagegen die auf verschiedenen Nährböden, jedoch von einem und demselben Falle gezüchteten Kulturserien untereinander Differenzen aufweisen, die sich nicht nur auf die Gröfse, sondern auch auf die Farbe, die Form, auf die Erhebung des Kulturrasens über das Nährbodenniveau, auf die Ausbildung des Luftmycels, die Konfiguration der Randzone etc. beziehen, so dafs beispielsweise alle aus isolierten Mycelgliedern des von ein und derselben Affektion gewonnenen Pilzes auf Maltose-Gelatine gezüchteten Kolonien sich gleichen, sich jedoch von ebenso gezüchteten Maltose-Agar-Kolonien unterscheiden.

Verfasser mifst, ebenso wie Sabouraud und Rosenbach, der mikroskopischen Untersuchung der Kultur viel weniger diagnostischen Wert bei, als dem makroskopisch wahrnehmbaren Kulturbild.

Um zu einwandsfreien Resultaten zu gelangen, hält Verfasser es für notwendig, Trichophytonkulturen aus der isolierten Spore oder dem isolierten Mycelgliede zu

gewinnen. Er bedient sich hierzu folgenden Verfahrens: Die aus dem Haarfragment gewachsene Kultur, wenn sie einige Millimeter Durchmesser erreicht hat, wird in ein steriles Röhrchen mit einigen Kubikzentimetern sterilen Wassers mittelst sterilen Korkens verschlossen. Nun werden Wasser und Kultur sehr energisch ca. 5 Minuten lang durcheinandergeschüttelt; die makroskopisch sichtbare Kultur und Nährbodenteilchen läfst man dann sich absetzen, überträgt von der überstehenden, diffus, aber ganz gering getrübten Flüssigkeit drei Ösen in verflüssigten, auf 40—45° C. abgekühlten Nähragar und gieſst denselben in Petrische Schalen aus. Durch das Schütteln werden einzelne unverzweigte Mycelglieder frei, wovon man sich durch das Mikroskop überzeugen kann.

Verfasser gelangt nach dem bisherigen Material, das er untersucht und bearbeitet hat, zu den Schlüssen:

1. Dafs eine Konkurrenz mehrerer Trichophytonpilze bei einer Trichophytie nicht vorkommt, dafs einer Affektion nur ein Pilz zu Grunde liegt.

2. Dafs die Art des Nährbodens, das Alter der Kulturen, die Temperatur etc. das makroskopische Aussehen der Kulturen selbst eines Pilzes beeinflufst. Körpertemperatur beispielsweise läfst fast niemals oder nur ein minimales Luftmycel zur Entwickelung kommen.

Die Frage, ob der die tiefen Infiltrationenen bedingende und der nur oberflächlich in der Epidermis, eventuell den Haaren lokalisierte Pilz verschiedener Natur sein könnte, beantwortet Verfasser dahin, dafs von einem generellen Unterschiede zwischen diesen Pilzen keine Rede sei, da dasselbe Individuum Sykosisknoten und oberflächliche Herde zu gleicher Zeit besitze, denen beiden derselbe Pilz zu Grunde liege. Wahrscheinlich seien lokale Ursachen bestimmend, dafs derselbe Pilz einmal oberflächlich bleibe, an anderer Stelle in die Tiefe wuchere. Durch das Tierexperiment liefs sich die Frage nicht entscheiden.

Was nun die Multiplizität der Trichophytonpilze betrifft, so konnte Verfasser, soweit es sich um sein Material handelt, kulturell weder makroskopisch, noch mikroskopisch einen durchgreifenden Unterschied der gefundenen Pilze erkennen.

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

Februar 1896.

Ein Fall von Guineawurm (Filaria vel Dracunculus Medinensis), behandelt mit Sublimatinjektionen, von P. Manson und St. Boyd-London. Es handelt sich um einen 42jährigen Patienten, über dessen Krankengeschichte sich bis zu dem Augenblicke, wo ihn Dr. Manson zum ersten Male sah, nichts eruieren liefs. Bei der ersten Besichtigung ragten etwa zwei Zoll des Wurmes aus einer kleinen Bucht genau über dem linken Malleus externus hervor und wanden sich um ein Stückchen Holz. Dr. Manson schnitt das hervorragende Stück des Wurmes ab und untersuchte die Flüssigkeit, welche in dem proximalen Ende lag. Sie enthielt keine lebende Embryonen. Das proximale Ende des Wurmes zog sich innerhalb der Bucht zurück und konnte nicht mehr aufgefunden und herausgezogen werden. Das Auftröpfeln von kaltem Wasser über das Bein vermittelst eines Schwammes verursachte keine Exsudation von embryonenhaltiger Flüssigkeit, woraus Dr. Manson schlofs, dafs der Uterus des Wurmes leer wäre. Nach drei Tagen wurde von Dr. Boyd folgende Operation vorgenommen. Etwa zwei Zoll von der Mündung der Bucht, genau über dem äufseren Malleolus, konnte man mit dem Finger einen Teil des aufgewickelten Wurmes durchfühlen. Das Bein wurde mittelst Esmarchscher Binde blutleer gemacht, hierauf ein Schnitt durch die Haut über dem vermutlichen Sitz des Wurmes geführt.

Sofort wurde ein opaker, weifser, etwa 1/16 Zoll dicker Strang am oberen Ende der Wunde sichtbar. Er wurde mit einem Haken hervorgezogen, und es zeigte sich jetzt auch das Ende des Wurmes. Durch vorsichtiges Ziehen gelang es, im ganzen etwa vier Zoll hervorzuholen. Auf den Rest des noch zurückgebliebenen Wurmes wurde Sublimatlösung (1 : 1000) geträufelt und die Wunde verbunden. Nach acht Tagen war dieselbe ohne die geringste allgemeine oder lokale Reaktion abgeheilt.

Bevor man einen derartigen Wurm aus der Wunde herauszieht, rät Dr. Manson sich zu vergewissern, in welchem Stadium des Lebens er sich befindet. Solange er Junge im Uterus hat, widersetzt er sich energisch dem Zuge; hat er jedoch dieselben bereits herausgegeben, so folgt er spontan dem Zuge und läfst sich auf diese Weise leicht aus der Wunde entfernen. Auf den Reiz von kaltem Wasser verliert er Junge. Ist dies der Fall, so mufs man mit dem Ziehen vorsichtig sein. Der Wurm reifst sonst durch, die Jungen gelangen in die Wunde und verursachen hier eine frische, gefährliche Entzündung. Auf alle Fälle wird es nach dem vorliegenden Beispiele gut sein, wenn der Wurm durchgerissen oder durchschnitten ist, auf den zurückbleibenden Rest Sublimatlösung zu gieſsen, die wie es scheint auf den Wurm und seine Junge tödlich wirkt.

März 1896.

I. **Ein Fall von Purpura haemorrhagica (akutem, exsudativem Erythem)**, von J. Fayrer. Der Patient ist 24 Jahre alt, Gardist, gut entwickelt und stark. Bis zum Beginn der Affektion war er, abgesehen von habitueller Verstopfung, gegen die er öfters Pillen gebrauchte, gesund und lebte auch solide. Am 26. November 1895, als er sich auf der Reitbahn befand, merkte er, dafs sein Fufs ihn am rechten Knöchel sehr schmerzte. Er begab sich nur mit Mühe nach Hause und meldete sich krank. Bei der ersten Besichtigung war der rechte Knöchel geschwollen, rot, sehr gespannt und überaus schmerzhaft. Auf der glänzenden, gespannten Hautoberfläche sah man einige schwach begrenzte, strohgelbe Flecke. Der Patient fieberte, sah anämisch aus, zeigte eine dick belegte Zunge und war verstopft, wie er sagte. Das erkrankte Gelenk wurde mit Watte und einer Flanellbinde verbunden.

Am nächsten Tage wurden beide Knöchel und das linke Knie, am Abende auch das rechte ergriffen. Am 28. waren die Schultern, die Ellenbogen der Sitz von Schmerzen, Schwellung und Unbehagen, während die Schmerzen an den ursprünglich befallenen Stellen nachgelassen hatten. Am 29. waren Ellenbogen und Handgelenke stark geschwollen. Lippen, Zahnfleisch, die ganze Mundhöhle schmerzte den Patienten. In den nächsten Tagen liefsen Schmerzen und Schwellung in den Gelenken wesentlich nach, dagegen zeigte sich das Gesicht an einzelnen Stellen, so an der Stirn, an den Augenlidern stark geschwollen und wie rohes Fleisch verfärbt. Am linken Oberschenkel sah man 4—5 Flecke der oben beschriebenen Art, die augenscheinlich auf spontane Blutergüsse unter der Haut zurückzuführen waren. Die Hämorrhagien traten auch am rechten Oberschenkel auf, während die alten eine purpurrote Farbe annahmen und nunmehr vollständig über die Haut hervorragen. Der Patient erhält innerlich Chinin, lokal kalte Kompressen auf die Augen. Weder Herz noch Lungen waren erkrankt. Bis zum 9. Dezember hatte die Affektion an Ausdehnung gewonnen, es waren hämorrhagische Flecke auf dem Kopfe, am Halse und an anderen Stellen aufgetreten. Gleichzeitig waren Zunge und Gaumen stark geschwollen und schmerzhaft, so dafs Patient nicht schlucken konnte. Speichelfluſs belästigte den Schwerkranken in hohem Grade. Erst vom 10. Dezember an trat langsam unter Nachlafs der Erscheinungen definitive Besserung ein. Vollständige Heilung erfolgte erst Mitte Februar.

Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose, weist vor allem das Vor-

handensein von Rheumatismus ab. (Sollte für die vorliegende Affektion nicht „Purpura rheumatica“ die geeignetste Bezeichnung sein? Ref.)

II. **Beobachtungen über zwei Fälle von Urticaria, behandelt mit Calciumchlorid**, von A. E. Wright-Netley. Fall 1 betrifft einen 84jährigen Patienten, der seit sechs Wochen an intensiver und hartnäckiger Urticaria, begleitet von Schlaflosigkeit und grofser Herzschwäche, leidet. Beim Ausbruche war der Urticariaausschlag mit grofser Atemnot und unregelmäfsiger Herzaktion vergesellschaftet. Auf eine bestimmte Ursache liefs sich der gegenwärtige Ausschlag nicht zurückführen. Der Patient glaubt, dafs er im Anschlufs an eine starke Erkältung gekommen sei, die er sich im letzten Herbste zugezogen habe. Der Patient war bis vor kurzem kräftig und stark gewesen, ist aber durch die Krankheit jetzt abgemagert. Sein Appetit ist schlecht. Das Jucken ist entsetzlich, so dafs der Patient, wie er sagt, „am Ende eines langen Lebens noch gezwungen sei, sich Tag und Nacht zu kratzen“. Arme und Beine sind von dem papulösen Urticariaausschlage bedeckt. Bei Temperaturwechsel wird das Jucken stärker, und der Ausschlag tritt deutlicher hervor.

Vorübergehende Erleichterung hatte der Patient von Schwefelbädern. Digitalis und Sulfonal sind ihm innerlich verordnet worden.

Da Verfasser die Möglichkeit als vorliegend erachtete, dafs die Urticaria durch eine stark herabgesetzte Koagulationsfähigkeit des Blutes verursacht werde, so untersuchte er daraufhin mit einem Koagulometer das Blut. Die Koagulationszeit betrug 4 Minuten 20 Sekunden. Trotzdem die Koagulationsfähigkeit somit nicht wesentlich vermindert war, so verordnete Verfasser dennoch Calciumchlorid, und zwar 2 g früh und abends. Alle anderen Medikamente, mit Ausnahme von Sulfonal, wurden ausgesetzt. Der Patient verbrachte eine bessere Nacht, in dem Ausschlage war keine Veränderung eingetreten. Die Koagulationszeit des Blutes betrug jetzt 2 Minuten 30 Sekunden. Es wurde nunmehr $1^1/_2$ g Calciumchlorid verschrieben. Die Besserung hält an. Der Puls ist regelmäfsiger, der Ausschlag an den Armen ist fast vollständig verschwunden, das Jucken ist wesentlich geringer. Die Koagulationszeit beträgt drei Minuten. Die Dosis von $1^1/_2$ g Calciumchlorid wird beibehalten. Nach 14 Tagen hat der Patient, der vor der Behandlung die Nächte schlaflos zugebracht hatte, zwei aufeinanderfolgende Nächte vollkommen durchgeschlafen. Der Ausschlag ist überall verschwunden. Der Fall 2 ist wegen sekundärer Syphilis in Behandlung. Am 5. Februar 1896 erkrankt der Patient an Rachendiphtherie. Er erhält am 6. Diphtherie-Antitoxin. Am 14. sind die Diphtheriebacillen verschwunden. Am 15. erwacht der Patient mit heftigem Jucken. Ein aus erhabenen Quaddeln und erythematösen Stellen bestehender Ausschlag hatte sich in der Nacht am Stamme, besonders stark aber an den Armen, Handrücken und Oberschenkeln entwickelt. Gelenkschmerzen waren nicht vorhanden.

Die Koagulationszeit des Blutes betrug 8 Minuten. Es wurden 2 g Calciumchlorid verordnet. Koagulationszeit 5 Minuten. Nach weiteren 2 g hat das Jucken aufgehört. Weitere Dosen von Calciumchlorid erhöhen die Koagulationsfähigkeit, so dafs die Koagulationszeit am 17. Februar nur noch 2 Minuten 45 Sekunden beträgt. Der Ausschlag ist verschwunden.

Verfasser knüpft an diesen Fall folgende Fragen:

1. Ist die Urticaria, welche in einer Anzahl von Fällen nach Antitoxininjektionen auftritt, stets mit einer herabgesetzten Koagulationsfähigkeit des Blutes kombiniert?

2. Leiden alle Patienten, bei denen nach Antitoxininjektionen eine Verminderung der Koagulationsfähigkeit des Blutes Platz greift, an Urticaria, oder tritt irgend ein anderer Faktor zu Tage?

3. Ruft Antitoxin in allen Fällen eine Verminderung der Koagulationsfähigkeit des Blutes hervor?

Auf die beiden ersten Fragen vermag Verfasser eine bestimmte Antwort nicht zu geben. Die letzte möchte er auf Grund eines Falles verneinen. Gleichzeitig mit dem vorigen Patienten hat ein anderer an Diphtherie erkrankter Mann dieselbe Quantität Antitoxin injiziert erhalten, ist aber weder von einer Urticaria befallen worden, noch hat die Koagulationsfähigkeit des Blutes, die 3 Minuten betrug, in den nächsten neun Tagen nach der Injektion irgend eine Herabsetzung erfahren.

C. Berliner-Aachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Akute Exantheme.

Ein schwerer Fall von Varicellen, von Philipps-Bucknal. (*Brit. med. Journ.* 30. November 1895.) Am 22. Juni wurde ein vierjähriges Kind wegen Scharlachfieber ins Hospital gebracht. Fünf Tage später bekam das Kind unter Temperatursteigerung einen Varicellenausschlag, der rasch sich über den ganzen Körper, Kopf und Extremitäten nicht ausgeschlossen, verbreitete. Die Haut war besät von zahllosen, dicht nebeneinander befindlichen Bläschen. Frei waren nur die vier grofsen Vaccinationsnarben am linken Arme. Keins der Varicellenbläschen zeigte eine zentrale Vertiefung, obwohl viele von ihnen breit und flach und von einem roten Hof umgeben waren und deshalb an echte Pocken erinnerten. Der Inhalt der Bläschen war zuerst klar, dann trübe und trocknete am fünften Tage zu einer braunen Kruste ein, die abfiel. Auch auf der Schleimhaut des Mundes, des weichen Gaumens waren Bläschen zu sehen. Die Affektion hinterliefs zahlreiche vertiefte Narben, namentlich im Gesichte. Der vorstehende Fall ist in mancher Beziehung den Varicellen unähnlich. Ungewöhnlich sind: 1. die universelle, rasche Verbreitung des Ausschlages; 2. die Gestalt der Bläschen; 3. die vertieften Narben nach Abfallen der Krusten.

Eigentümlich war ferner in dem Falle, dafs das Varicellengift schon vor Ausbruch des Scharlachs im kindlichen Organismus gewirkt haben mufs, da im Hospital kein Fall von Varicellen vor der Aufnahme des Kindes vorhanden gewesen war. Das Kind wurde zwar isoliert, aber trotzdem erkrankten alle Insassen der Abteilung an echten Varicellen.

C. Berliner-Aachen.

Bei einer 24jährigen Patientin mit **Varicellen** beobachtete Nissim (*Gaz. des Hôpitaux.* 1895. No. 55) einen **scharlachartigen Rash** in Form von erythematösen, zum Teil konfluierenden, über das Hautniveau nicht erhabenen, etwas rauh anzufühlenden Plaques, welche die obere Thoraxpartie einnahmen. Derartige Rashe, welche übrigens verschiedene Gestalten annehmen können, sind auch von anderen Autoren mitgeteilt worden und können dem eigentlichen Varicellenexanthem vorangehen, nachfolgen oder gleichzeitig mit ihm auftreten. Die häufigste Form ist die scharlachartige. An der Prognose der Grundaffektion ändern dieselben nichts.

C. Müller-Bern.

Varicellen mit Gangrän des Scrotums kompliziert, von Spivak. (*Med. and surg. Reporter.* 30. März 1895.) Die Überschrift teilt uns den Inhalt des kleinen, aber interessanten kasuistischen Beitrags zum Verlauf der Varicellen zur Genüge mit. Es erfolgte Heilung.

F. Hahn-Bremen.

Fiedeldij beschreibt (*Weekbl. v. h. tydschr. v. Geneesk.* 1895. No. 222) einen **Fall von Nephritis varicellosa.** Schon früher haben Henoch, Hogyes, Hagenbach, Cassel u. s. w. auf das Vorkommen dieser Komplikation hingewiesen, und 1892 hat Peda (Italienischer Kongreſs für Pädiatrie) als seine Meinung zu verstehen gegeben, daſs Varicellen nicht immer so gutartig verlaufen, als im allgemeinen angenommen wird. Unter 26 Fällen, welche er während einer Varicellen-Epidemie wahrnahm, kamen zweimal Nephritis, dreimal ausgebreitete Ulceration, einmal Noma und einmal Cystitis vor.

Der durch Verfasser beobachtete Fall war ein neunjähriges Mädchen, bei welchem das Exanthem hauptsächlich auf dem Rücken vorkam. Die Temperatur war erhöht (39° C.), und der Urin enthielt Eiweiſs und Blut. Nach achtzehntägiger Behandlung war Patientin ganz wiederhergestellt. Ein zweijähriger Bruder hatte gleichzeitig einen leichten Varicellenanfall durchgemacht.

Verfasser schlieſst hieraus, daſs es in jedem Falle von Varicellen geraten ist, den Urin sorgfältig zu kontrollieren, ganz besonders, wenn es sich um ein sehr ausgebreitetes Exanthem handelt und der Patient fiebert.

Spruijt Landskroon-Amsterdam.

Eine Beobachtung von akuter Staphylokokken-Allgemeininfektion nach Varicellen. Zur Ausscheidung der Mikrobien durch die Sekrete, von Conrad Brunner. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1895. No. 1.) Ein Kind mit Varicellen bekam fünf Tage nach dem Auftreten des Exanthems Schmerzen im rechten Ellenbogen und es entsteht unter schweren Allgemeinerscheinungen ein periartikulärer Abscefs. Trotz Eröffnung desselben entwickelt sich Pyämie mit Parotitis, Otitis, multiplen Hautabscessen, und das Kind geht zu Grunde. Im Eiter, im Blute, im Urin, Schweiſs wurde während des Lebens Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkultur gefunden. Im Anschluſs an diesen Fall bespricht der Verfasser an der Hand eigener Arbeiten und der in der Litteratur niedergelegten Anschauungen zunächst das Wesen der Bakterienausscheidung, um sich dann speziell der Ausscheidung durch den Schweiſs eingehender zuzuwenden. Seine früheren Angaben, daſs die Bakterien mit dem Schweiſse ausgeschieden werden können, ist vielfach abfällig kritisiert, besonders auch von Unna in seinem Aufsatz über Phlyctaenosis streptogenes. Allerdings ist der Nachweis der Bakterien in den Drüsen auf Hautschnitten bisher nicht gelungen, nur in der epithelialen Auskleidung der Drüsenschläuche konnte er bei Tierversuchen den Prodigiosus finden. Der histologische Nachweis gelingt oft nicht, wo der kulturelle gelingt. Der Säuregrad des Schweiſses kann kein Hindernis für den Eintritt in die Drüsen sein, passieren dieselben doch das Wundernetz der Glomeruli der Harnkanälchen trotz des sauren Harns. Abgesehen davon ist aber die saure Reaktion des Schweiſses keine feststehende Thatsache. Wenn Unna niemals in den Schweiſsdrüsen und ihren Ausführungsgängen Mikroorganismen gefunden hat, auch wenn die ganze übrige Oberhaut von ihnen wimmelte, so stehen dem andere Angaben gegenüber. So fand Bockhart bei seinen Versuchen mit Kokkeneinreibungen die Ausführungsgänge, soweit sie in der Epidermis verlaufen, ganz erfüllt mit Kokken. Dasselbe fand Longard. Touton fand die Leprabacillen in den Schweiſsdrüsen teils frei im Lumen, teils im körnigen Detritus, und Unna selbst macht ähnlich zu deutende Angaben. Verfasser kann deshalb die Ansicht von einer Immunität der Schweiſsdrüsen gegen Bakterieninvasion nicht billigen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Pockenepidemie in Dublin, von M. T. Stafford. (*Brit. med. Journ.* 21. Sept. 1895.) In den Jahren 1871—81 starben 2988 an Pocken, während von 1882—93 nur fünf Todesfälle infolge von Variola vera vorkamen. Während der Epidemie im Jahre 1894/95 wurden 1251 Fälle in Hospitälern behandelt, von denen 38 (11,03 %)

starben. Im Jahre 1813 erklärte Dr. WATT, dafs vor dem Jahre 1800 20% der an Pocken erkrankten Kinder umkamen. In der gegenwärtigen Epidemie ist kein geimpftes Kind unter neun Jahren an der Krankheit gestorben. Die Wirkung der ersten Vaccination ist auf diese Weise in die Augen springend. 40000 Personen wurden während der Epidemie revacciniert, 20 erkrankten dennoch an Pocken; aber gerade bei diesen steht es fest, dafs sie erst 14 Tage vor Ausbruch der Krankheit, also vielleicht zu spät geimpft worden sind. *C. Berliner-Aachen.*

Die jüngsten Pockenfälle im Krankenhause Friedrichshain, von FÜRBRINGER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 1 u. 2.) Verfasser schildert eine kleine Variolaepidemie, die sich im Friedrichshain unter Ärzten, Warte- und Pflegepersonal entwickelt hatte; in sämtlichen Fällen liefs sich die Ansteckung durch das zuerst erkrankte Kind einwandsfrei nachweisen. Dank den energischen Präventivmafsregeln (Impfung, Desinfektion, Sistierung von Besuch und Aufnahmen) wurde die Epidemie bald begrenzt. Interessant ist, dafs FÜRBRINGER, selbst strenger Dualist, die Differentialdiagnose zwischen Varicellen und Variola oft für fast unmöglich erklärt.

F. Hahn-Bremen.

Untersuchungen über die Ätiologie der Pocken, von CHRISTIAN BAY. (*Med. News.* 26. Jan. 1895.) Verfasser fand in 65 Vaccinepusteln und in den Pusteln eines Falles von Variola confluens einen kurzen Bacillus, den er eingehend beschreibt; er nennt ihn Dispora variolae und sieht ihn als den Infektionsträger der Pocken an.

F. Hahn-Bremen.

Die Sporozoen der Variola und Vaccinia, von JACKSON CLARKE. (*Lancet,* 19. Jan. 1895.) Verfasser fand in der Hornhaut von Meerschweinen etc., die mit Lymphe geimpft waren, Zelleinwanderung und in diesen Zellen Körper, die er als Sporozoen ansieht. *F. Hahn-Bremen.*

Diagnose und Prognose der Variola, von J. O'CARROL. (*Dublin. med. Journ.* März 1895.) Ohne etwas Neues zu bringen, bespricht Verfasser auf Grund seiner bei einer herrschenden Epidemie gemachten Erfahrungen die Prognose und den Verlauf der Pockenerkrankung, wobei besonders der Differentialdiagnose Aufmerksamkeit geschenkt ist. *F. Hahn-Bremen.*

Die Diagnose der Variola, von RICHARDS. (*Lancet.* 20. Juli 1895.) In Anbetracht der Wichtigkeit hält Verfasser eine genaue Besprechung der Differentialdiagnose für angezeigt. In Betracht kommen vor allem: Varicellen, Masern, Scharlach, Erythema exsudativum, Syphilis, Acne, Sudamina, Impetigo contagiosa, seltener Influenza, Psoriasis, Urticaria, Vaccinia generalisata, papulöses Ekzem, Pemphigus, Arzeneiexantheme etc. etc. *F. Hahn-Bremen.*

Die Behandlung der Pocken im roten Lichte, von FINSEN. (*Brit. med. Journ.* 7. Dezember 1895.) Nach einigen historischen Erörterungen bespricht Verfasser die Wirkung der chemischen Strahlen des Sonnenlichtes im allgemeinen und die auf die Haut im speziellen und kommt sodann auf die guten Erfolge bei der Pockenbehandlung zu sprechen. Nur mufs der Abschlufs komplett sein und das Fensterglas von möglichst dunkelroter Farbe sein; Tageslicht darf auch nicht für Augenblicke hineinscheinen. Die Behandlung mufs möglichst früh begonnen und bis zur völligen Eintrocknung der Pusteln fortgesetzt werden. Dann vermeidet man Eiterfieber und Narben. Die Behandlung ist leicht durchzuführen und hat den Vorzug, dafs nebenbei noch jede gewünschte Behandlung Platz greifen kann. *F. Hahn-Bremen.*

Über Serumtherapieversuche bei Variola mit Serum vaccinierter Rinder, von BÉCLÈRE. (*Bull. méd.* Januar 1896.) Die sehr sorgfältig vorgenommenen Versuche

des Verfassers an Tieren und Menschen lassen darauf schliefsen, dafs das Serum vaccinierter Rinder viel rascher seine immunisierende und therapeutische Wirkung entfaltet, als die Lymphe, sie aber auch um so rascher verliert. Während nämlich die Lymphe (aus den Pusteln) mindestens fünf Tage vor der Variolaansteckung inokuliert werden mufs, wenn sie ihre schützende Wirkung ausüben soll, so ist diese beim Serum, das jedoch in viel gröfseren Quantitäten (bis $^1/_{20}$ des Körpergewichts beim Menschen) injiziert werden mufs, eine sehr rasche, beinahe unmittelbar eintretende. Verfasser heilte unter anderen ein 21 Tage altes Kind mit ausgedehnter Variola am zweiten Tage der Eruption, indem er ihm den zwanzigsten Teil seines Körpergewichtes von immunisierendem Serum injiziert und sehr gut ohne alle lokale oder allgemeine Erscheinungen, während ein Bruder des Kindes, der sich von ersterem infiziert hatte und dieser Behandlung nicht unterzogen wurde, starb.

C. Müller-Bern.

Die Anwendung von Vaccineserum bei der Behandlung der Variola, von L. Eliot. (*Med. News.* 29. Juni 1895.) Im Verlaufe der Studien über Serumtherapie sind von verschiedenen Autoren auch Versuche mit Vaccineserum gemacht. Verfasser benutzte drei verschiedene Sorten von Blutserum geimpfter Kälber, das je drei, zwei und eine Woche nach der Wiederherstellung des Kalbes demselben entnommen wurde. Behandelt wurden fünf Patienten, von denen einer starb. Es wurden im allgemeinen je 15 ccm auf einmal eingespritzt und im ganzen zwischen 60 und 165 ccm während der Kur gebraucht. Verfasser kommt zu folgenden Schlufsfolgerungen: 1. Vaccineserum modifiziert die Variola; 2. es hat einen deutlichen Einfluſs auf den Ausbruch der Krankheit: die Papeln und Bläschen verlaufen abortiv, die Pusteln vertrocknen; 3. es verhindert das Jucken; 4. es sollte daher weiter versucht werden.

F. Hahn-Bremen.

Variola und Vaccine, kritische Übersicht, von Courrent. (*Le Nouveau Montpellier méd.* 1895. No. 1 u. 2.) In dieser sehr umfangreichen Abhandlung werden in erschöpfender Weise behandelt: die Beziehungen der Vaccine zur Variola, wobei Verfasser keine bestimmte Stellung in Bezug auf die Identität der beiden Krankheiten annimmt; die Frage der wahren und sog. falschen Vaccine, wobei nach der Ansicht einiger Autoren das Vorhandensein (wahre) oder Fehlen (falsche) der Umbilikation den Ausschlag geben sollte, und welche Verfasser dahin entscheidet, dafs die Umbilikation der Pusteln kein Kriterium für eine gelungene Impfung bilde; die vorzüglichen Erfolge mit der Impfung mit Kuhpocken und die Notwendigkeit der allgemeinen Einführung dieser Impfung und der Wiederimpfung, die Komplikationen der Vaccine bilden den Schluſs des Werkes.

C. Müller-Bern.

Pocken und Vaccination in Oldham im Jahre 1894. (*Brit. med. Journ.* 31. August 1895.) Es erkrankten im ganzen 165; von den 117 Geimpften starben 8 (6,8%), von den 48 nicht Geimpften starben 14 (29,1%). *C. Berliner-Aachen.*

Vaccination und Pocken in Bristol, von D. S. Davies. (*Brit. med. Journ.* 28. September 1895.) Von 360 Erkrankungen waren 288 einmal geimpft mit 19 (6,6%) Todesfällen, 15 revacciniert mit 1 (6,6%) Sterbefall; 41 nicht geimpft mit 11 (26,8%) Todesfällen. Die sieben übrigbleibenden hatten die Pocken schon einmal durchgemacht. Es starb keiner von ihnen. *C. Berliner-Aachen.*

Pocken und Vaccination in Wolverhampton im Jahre 1894, von H. Malet (*Brit. med. Journ.* 16. Novbr. 1895.) Der Bericht umfafst 67 Erkrankungen, von denen 62 in Hospitälern isoliert worden waren. Von den geimpften starben 2%, von den nicht geimpften Pockenkranken 9%. Von den Revaccinierten erkrankte überhaupt keiner. *C. Berliner-Aachen.*

Pocken und Impfung in Manchester in den Jahren 1892—94, von NIVEN. (*Brit. med. Journ.* 26. Oktbr. 1895.) Der Bericht umfafst 1007 Erkrankungsfälle, von denen 996 ins Hospital gebracht und dort behandelt worden sind. 841 unter ihnen waren geimpft, es starben 34 (4,04%); 102 waren nicht geimpft, es starben 27 (26,47%); zweifelhaft, ob geimpft oder nicht geimpft, waren 53, es starben von ihnen 7 (13,31%).

Auf die einzelnen Jahre verteilt, erkrankten in Manchester im Jahre 1892: 118; 1893: 607; 1894: 282 Individuen. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Unität von Variola und Vaccine, von LAYET. (*Bull. de l'acad. de Méd.* 1895. No. 48.) Als Untersuchungsmaterial bediente sich Verfasser sechs Rinder. Dem erstem derselben wurde der eiterige Inhalt einer Variolapustel von einer Patientin, die zwei Tage später starb, dem zweiten ein gewisses Quantum Blut von einem Variolapatienten (eine Stunde nach dessen Tode entnommen) auf verschiedene Arten (Skarifikationen, Abkratzung und Einreibung, Incision, subkutane Injektion) in die Haut inokuliert. Bei den drei folgenden Rindern wurden Inokulationen gemacht mit dem Pustelinhalt des unmittelbar vorhergehenden, während beim sechsten die in Glycerin (während ca. eines Monats) aufbewahrte Lymphe einer aufserhalb des Inokulationsbezirks entstandenen grofsen sekundären Variolapustel verwendet wurde. Diese Inokulationen hatten überall ein positives Resultat zur Folge, was die Übertragbarkeit der Variola von Menschen auf das Rind beweist. Aufserdem wurde aber noch jedes Rind nach Ausbruch des Variolaexanthems mit Vaccine inokuliert. Es zeigte sich nun, dafs diese Inokulationen entweder ganz resultatlos blieben oder zu ganz abortierten Eruptionen führten. Trotzdem also diese Experimente eher für eine Identität der Variola und Vaccine sprechen würden, hält Verfasser an seiner Überzeugung von der Verschiedenheit der beiden Krankheiten fest. *C. Müller-Bern.*

Bei einem Soldaten beobachtete MARBY (*Gaz. des Hôpitaux.* 1896. No. 77) 22 Tage **nach erfolgreicher Wiederimpfung eine typische Variolois.**

C. Müller-Bern.

Über einstige und moderne Variolisation, von M. HERVIEUX. (*Bull. de l'acad. de Méd.* 1895. No. 20 und 21.) Aus dieser interessanten geschichtlichen Abhandlung geht hervor, dafs sowohl die Variola als die Variolisation, d. h. der Versuch gegen erstere zu immunisieren, bereits seit undenklichen Zeiten bestanden haben (China, Indien, Afrika etc.). H. beschreibt dann auch die Methoden, welche bisher benutzt wurden (Incision, Stiche, Haarseil, Abkratzung und Exkoriation, Inokulation der Borken etc.) und die lokalen und allgemeinen Erscheinungen, zu denen die rohen Prozeduren geführt haben. Im Gegensatze hierzu erwähnt er die gewaltigen Fortschritte der neueren Zeit auf diesem Gebiete und die glorreichen Erfolge der vaccinalen Impfung, bei welcher Gelegenheit er die Identität von Variola und Vaccine nochmals hervorhebt.

C. Müller-Bern.

Vaccination vor JENNER, von G. C. PAULI-Bristol. (*Brit. med. Journ.* 5. Oktober 1895.) Auf den Kirchhofe von Worth Matravers, einem kleinen Dorfe in Dorsetshire, wurde jüngst ein Grabmal mit folgender Inschrift aufgefunden: „Gewidmet dem Andenken von Benj. Jesty Downstay, welcher am 16. April 1816 gestorben ist. Er war geboren in Yetminster. Ein ehrbarer, biederer Mann, war er der erste, welcher die Kuhpockenimpfung eingeführt hat, nachdem er im Jahre 1774 Experimente mit der Kuhlymphe an seiner Frau und seinen zwei Söhnen gemacht hatte." *C. Berliner-Aachen.*

Statistisches zur Wirkung des Impfgesetzes, von KÜBLER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 6.) Verfasser unterzieht die impfgegnerischen Bestrebungen

des Prof. Vogt in Bern einer Kritik, indem er vor allem die Statistik Vogts bemängelt und richtig stellt. Er weist nach, dafs infolge der regelmäfsigen Durchimpfung jetzt (seit 1885) die gesamte Bevölkerung des deutschen Reichs gleichmäfsig gegen Pockenerkrankung gesichert ist. Interessant ist, dafs in den aufserpreufsischen Bundesstaaten innerhalb von acht Jahren nur drei Fälle nachgewiesen wurden, in denen erfolgreich wiedergeimpfte Personen an einer reinen Pockenerkrankung starben.

F. Hahn-Bremen.

Der Segen der Vaccination, von Ch. Steele-Clifton. (*Brit. med. Journ.* 21. September 1895.) Im Sterberegister der Kirche zu Ballaugh finden sich folgende Angaben:

		Todesfälle infolge von Pocken	anderen Ursachen
1704.	2. Juli bis 10. Oktober	17	4
1713/14.	8. September bis 31. April . .	36	3
1725.		30	17
1764/65.	13. Dezember bis 31. März . .	28	6
1772/73.	16. Juli bis 30. April	33	11
1799.	8. Februar bis 11. Juni	22	9

C. Berliner-Aachen.

Keine Heirat ohne Vaccination. (*Brit. med. Journ.* 24. August 1895.) In Norwegen und Schweden verlangt das Gesetz, dafs Braut und Bräutigam vor der legalen Trauung ein Attest darüber vorlegen, dafs sie erfolgreich geimpft worden sind.

C. Berliner-Aachen.

Beiträge zur Lehre der Vaccination, von G. Hainiss. (*Orvosi-Hetilap.* 1895. No. 20—24.)

I. Über Vaccination, ausgeführt an kranken Kindern verschiedenen Alters. Verfasser hat es sich zur Aufgabe gemacht, Beobachtungen anzustellen, wie sich die verschiedenen Kranken der die von schweren Krankheiten kaum rekonvalescierenden Kinder der Vaccine gegenüber verhalten, inwiefern die Vaccination einen Einfluſs ausübt auf den Verlauf der Krankheit und der Rekonvalescenz und entgegengesetzt. Er richtete sein Hauptaugenmerk auf die Art und Weise des Fieberverlaufes und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die kranken und rekonvalescenten Kinder sind ebenso empfänglich für die Vaccine, als die gesunden.

2. Die Vaccine erzeugt bei solchen Kindern Immunität, welches durch das Vorhandensein der charakteristischen Symptome bewiesen wird.

3. In der Entwickelung der Vaccine zeigt sich bloſs insofern eine Differenz, indem sich dieselbe nicht in allen Fällen so lebhaft und energisch entwickelt, wie bei gesunden Kindern. Die Pusteln sind in einzelnen Fällen, hauptsächlich bei atrophischen Kindern, welk, zeigen eine schwächere Tendenz zum Wachstum.

4. Die Areolen sind in der Mehrzahl der Fälle blaſs, zumeist aber zu erkennen.

5. Die Achseldrüsen verhalten sich ebenso, wie bei Gesunden.

6. Die Temperatursteigerungen zeigen auch hier keine Regelmäfsigkeit, dieselben können in kleinerem oder gröſserem Maſse auftreten, kürzere oder längere Zeit anhalten, ohne dafs die Entwickelung der Vaccine dadurch beeinfluſst wird, kann aber auch gänzlich ausbleiben.

7. Die Temperatursteigerung ruft eben keine Veränderungen hervor an den vorhandenen Erkrankungen, wenn dieselben ihren Sitz in der Lunge, im Herzen oder im Verdauungstrakte haben, währenddem dieselbe z. B. bei der Syphilis als erschwerender Faktor erscheint; die schon vor der Impfung vorhandene Temperatur kann durch dieselbe zwar gesteigert werden, ohne dafs die Dauer derselben verlängert wird.

8. Die Impfung verursacht ebensowenig allgemeines Unbehagen, Unruhe und dergleichen andere Erscheinungen, wie bei gesunden Kindern.

9. Daher können die Kranken, als auch Rekonvalescenten bei Gefahr einer Blatternepidemie ohne Bedenken der Vaccination unterzogen werden.

II. Untersuchungen auf Vaccinemikrobien. Die Untersuchungen des Verfassers zeigten, dafs die gewonnenen Reinkulturen sowohl auf Glycerinagar, als auch auf Bouillon, ob nun dieselben durch Überimpfung von Vaccine oder vom Blute entstanden sind, stets aus Diplokokken, hie und da kleine Gruppen bildend, und nur aus wenigen einzelnstehenden Kokken zusammengesetzt sich erwiesen, und dafs die Reinkulturen beinahe in jedem Falle zu gewinnen waren.

Die Überimpfungen der Reinkulturen haben zwar keine vollkommen beweisende Resultate ergeben, denn die auf Kinder überimpften Reinkulturen waren entweder resultatlos, oder erzielten blofs welke und rasch verlaufende Efflorescenzen. Immunität konnten dieselben auch nicht erzeugen, wie dies die Kontrollimpfungen bestätigten. Nun mufs angenommen werden, dafs aufser diesen Diplokokken noch andere Faktoren bei der Entstehung der Vaccine im Spiele zu sein scheinen.

A. Aschner - Budapest.

In einer **Betrachtung über 1400 Schutzpockenimpfungen** kommt Lemaire (*Ann. d'hygiène.* XXXIV. 2.) zum Schlusse, dafs die Vaccine das einzige, ja unfehlbare Mittel gegen die Pocken repräsentiere. Da die durch dieselbe verliehene Immunität nicht mehr als fünf Jahre dauert, so müssen, zumal bei Epidemien, Wiederimpfungen vorgenommen werden. Im Verlaufe von Pockenepidemien hat sich jede gravide Frau der Wiederimpfung zu unterziehen, in Anbetracht der Gefahr eines Abortes und der Infektion des Fötus. Beim Eintritt in die Schule hat jedes Kind einen Wiederimpfungsschein, der den Impfschein ersetzt hat, mitzubringen; ebenfalls haben die Behörden, Direktoren von Fabriken, Werkstätten etc. darauf zu achten, dafs ihre Angestellten stets mit den nötigen Ausweisen über Impfung und Wiederimpfung versehen seien.

C. Müller-Bern.

Mitteilungen über die Vaccination als einen Zweig der präventiven Medizin, von E. Hart. (*Brit. med. Journ.* 2. März bis 6. April 1895.) In England nimmt die Zahl der ungeimpften Kinder wieder zu, weil das Fehlen gröfserer Pockenepidemien im Volke ein trügerisches Sicherheitsgefühl erzeugt hat. Verfasser zieht gegen diesen Unfug energisch zu Felde, warnt vor den drohenden üblen Folgen und bespricht die gute Wirksamkeit der Vaccination an der Hand der Geschichte und des Verlaufes der kleineren lokalen Epidemien, die im Laufe des Jahres 1895 in England vorgekommen sind.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Vaccineübertragung, von E. Kronenberg. (*Dtsch. Med.-Zeitung.* 1896. No. 25.) Die Generalisierung der Vaccine bei dem geimpften Menschen, sowie der Ausbruch der Erytheme, blasenbildenden Dermatitisformen, Ekzem wird häufig beobachtet. Seltener ist die Übertragung auf ein anderes Individuum, zumal wenn dieses dann eine generalisierte Vaccine bekommt. Einen derartigen Fall berichtet der Verfasser. Ein achtjähriger Knabe mit hartnäckigem Ekzem des Naseneinganges zeigte plötzlich starke Schwellung, Blasen und Borkenbildung an der Oberlippe, an der Wange und Schläfe. In der Nase linsen- bis erbsengrofse, gedellte Pusteln. In der Mundhöhle und auf dem Lippenrot Exkoriationen, gelblichweifse Plaques. Es stellte sich heraus, dafs eine Vaccineübertragung vom jüngeren Bruder vorlag. Impfung des Sekretes auf den Vater erzeugte eine typische Impfpustel. Die Affektion heilte unter Zurücklassung leichter Pockennarben auf der Oberhaut.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von zufälliger Kuhpockenerkrankung beim Menschen, von R. Bucknill. (*Brit. med. Journ.* 27. April 1895.) Ein Melker infizierte sich an einer Kuh, die am Euter Pusteln hatte, und bekam am Vorderarme drei Pusteln, deren Aussehen beschrieben wird. Eine nachträglich zur Kontrolle vorgenommene Revaccination verlief resultatlos. *F. Hahn-Bremen.*

Infektionen bei Vaccination, von Dobson Poole. Auszug aus dem experimentellen Teil. (Royal College of Phys. *Edinburgh Laboratory Reports.* Vol. V.)

Ein Fall von Vaccinia generalisata, der tödlich endete, wurde bakteriologisch und mikroskopisch untersucht; es fand sich nichts Besonderes.

Tuberkulose. Verfasser impfte Tiere mit Lymphe, die mit tuberkulösem Sputum versetzt war, und fand keine Übertragung der Tuberkulose (Zufall ? Ref.). Er hält zur Übertragung der Tuberkulose für notwendig, dafs das infektiöse Material in die Bauchhöhle oder tief ins subkutane Bindegewebe gebracht wird, während oberflächliche Verletzungen der Haut dem Bacillus keine Möglichkeit des Fortkommens wegen der niedrigen Temperatur der Epidermis gewähren. (?? Ref.)

Erythem und Erysipel können übertragen werden, verursachen aber nur irreguläre Pusteln oder Geschwüre. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Züchtung des Vaccineerregers in dem Kornealepithel des Kaninchens, Meerschweinchens und Kalbes, von Ernst Pfeiffer. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1895. No. 25.) Aus seinen Versuchen zieht Verfasser folgende Schlüsse:

1. Die nach Reizung der Cornea mit Vaccine auftretenden Körperchen neben dem Zellkerne sind spezifisch, durch ein Contagium animatum hervorgerufen, und fehlen bei Reizungen mit anorganischen Stoffen.

2. Von dem Contagium der Vaccine läfst sich in der Cornea des Kaninchens, Meerschweinchens, Kalbes nur das Stadium der direkten Teilung beobachten.

3. Die Teilung beginnt bei der Vaccine schon nach wenigen Stunden, ist am besten zu beobachten zwischen 10—20 Stunden.

4. Zu den Bakterien gehört das Contagium animatum nicht.

5. Die anderweit beschriebenen grofsen Zellen und die in deren Inneren angeblich sich abspielende Sporenbildung, ähnlich den Teilungsvorgängen in Sporozoencysten, sind Zell- und Zellkerndegenerationen, hervorgerufen durch direkte Reizung von seiten der eingeimpften Parasiten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die falsche Vaccine, von Berthier. Verfasser kommt in seiner Betrachtung über den Gegenstand zu denselben Schlüssen wie Hervieux, nämlich, dafs es keine sogenannte falsche Vaccine giebt, welche in ihrer Natur von der wahren Vaccine verschieden wäre. Impfungen mit ersterer vermögen nämlich den geimpften Individuen vaccinale Immunität zu verleihen. Das Kriterium der Umbilikation der Pusteln zur Unterscheidung der wahren von der „falschen" Vaccine fällt demnach hinweg. (*Rev. d'Hyg.* 1895. No. 4.) *C. Müller-Bern.*

Über den Einfluſs des Vaccineexanthems auf die äufserliche Lokalisation gewisser Mikrobien teilt Arloing (*Lyon méd.* 1896. No. 12) folgende Experimente mit. Er erzeugte bei jungen Pferden mittelst intravenöser Injektionen von Schutzpockenlymphe eine Vaccineeruption. Noch bevor die Pusteln eröffnet waren, excidierte er einzelne derselben und verpflanzte ihren subepidermalen Anteil auf Glycerinbouillon. In gleicher Weise verfuhr er mit Pusteln von spontaner Horse-pox. In beiden Fällen gingen Kulturen auf, und zwar lieferten dieselben stets die gleichen Mikrokokken, welche aber unter die Haut von Rindern inokuliert, keinen pustulösen Ausschlag

erzeugten und auch die Tiere nicht immunisierten. A. meint nun, dafs es sich um kommensale Parasiten des Vaccinevirus handelt, auf welche letzteres eine attraktive Wirkung ausgeübt hat. Wir hätten es somit nicht mit einer sekundären, sondern mit einer konkomitierenden Infektion zu thun. *C. Müller-Bern.*

Die Frage von der sogenannten **modifizierten Vaccine** (falsche Vaccine, Vaccinoid) beantwortet Raymond (*Progrès méd.* 1896. No. 2) dahin, dafs dieselbe als eine wahre Vaccine zu betrachten sei, welche verschiedene Intensitätsgewebe aufweist, je nachdem sie sich auf einem mehr oder weniger immunen Individuum entwickelt. Wie eine ausgebildete Vaccinepustel, vermag die modifizierte Vaccine Immunität zu verleihen, nur scheint diese bei letzterer von kürzerer Dauer zu sein.
C. Müller-Bern.

Einen atypischen Fall von Vaccineexanthem beobachtete Arloing, als er einem jungen Pferde Schutzpockenlymphe in die Venen injizierte. Es trat eine Eruption auf, welche unter dem Bilde von konfluierenden Pusteln ganz einem Exantheme ähnlich sah, welche ein anderer Forscher (Berthet) nach intravenösen Injektionen von Variolagift bei Pferden künstlich erzeugt hat. A. meint, dafs dieser Fall zu Gunsten der Identität von Variola und Vaccine notiert werden dürfte. (*Lyon méd.* 1896. No. 12.) *C. Müller-Bern.*

Martha berichtet (*Rev. d'Hyg.* 1895) über einen Fall von **verkannter Syphilis nach Vaccination.** Bei einem 15jährigen Mädchen traten Ulcerationen im Nasenrachenraume ein, deren syphilitische Natur erwiesen war, für die aber anamnestisch zunächst nichts zu erheben war. Erst später kam man darauf, dafs das Kind im Alter von zwei Jahren mit Impfstoff von einem syphilitischen Kinde vacciniert worden. Der Arzt hatte die Impfung (die durch eine Hebamme ausgeführt wurde) verweigert.
C. Müller-Bern.

Über Albuminurie nach der Schutzpockenimpfung, von Peiper und Schnaase (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 4). Im Anschlufs an den Perlschen Fall von akuter Nephritis nach Vaccination und an die Falkenheimschen Untersuchungen untersuchten Verfasser den Urin von 122 Erstimpflingen und 54 Revaccinanden vor und nach der Impfung. Sie kommen zu dem Resultat, dafs der vaccinalen Albuminurie keine besondere Bedeutung beizulegen sei. *F. Hahn-Bremen.*

Verschiedenes.

Über einige oberflächliche Affektionen des Lippenrots, von W. A. Jamieson Edinburg. (*Brit. med. Journ.* 7. Dezember 1895.) Der Verfasser erwähnt unter den Affektionen, welche das Lippenrot befallen können, den Herpes labialis, den Lippenfrost, die tiefen, schmerzhaften Risse besonders der Unterlippe, das Lippenekzem, das Epitheliom. Ein eigentümlicher Fall von Lippenaffektion betrifft einen 33jährigen Mann, der bis zum Ausbruche seines Leidens ein leidenschaftlicher Raucher von Cigaretten war. Vor drei Jahren bekam er an der linken Seite der Unterlippe eine schuppige Stelle, die sich zwei Jahre hindurch gleich blieb, dann sich ausdehnte und seit sieben Monaten die ganze Unterlippe einnimmt. Die Lippe war geschwollen, um das Doppelte vergröfsert und nach unten evertiert. Auf jeder Seite der Lippe, nahe dem Mundwinkel, befand sich eine weifse narbige Stelle. Der mittlere Teil war teils

rötlich und granulierend, teils bedeckt mit schmutzigen, gelben Krusten, teils vernarbt. Die Narbe war weifs und fühlte sich weich an. Die innere Oberfläche der Lippe zeigte ein weifsliches, dünnes Häutchen über der roten Mucosa, das sich allmählich gegen das Zahnfleisch hin verlor. Das Zahnfleisch selbst, besonders die interdentalen Verlängerungen, war geschwollen und wuchernd. Zeitweilig empfand der Patient einen brennenden Schmerz in der Lippe. Syphilis lag nicht vor, ebenso kein Anzeichen von Tuberkulose.

Die mikroskopische Untersuchung stellte fest: 1. eine starke Vergröfserung der Lymphräume mit Ödem, 2. ein mäfsiges Wachstum, das Stratum Malpighii nach abwärts, 3. reichliche Kleinrundzellen-Infiltration der Cutis. Diese Befunde deuten 1. auf eine wahre chronische Entzündung der Cutis mit sekundären Veränderungen in der Epidermis hin und 2. auf eine milde Form von Epithelioma. Gewisse oberflächliche Epitheliomata der Haut können spontan vernarben oder sind durch eine milde Behandlung heilbar, ebenso wie manche Fälle von Hauttuberkulose ganz spontan abheilen.

Auch in dem vorliegenden Falle trat unter einer milden Behandlung eine sehr wesentliche Besserung ein. *C. Berliner-Aachen.*

III. Internationaler Dermatologen-Kongrefs zu London.

Für die Teilnehmer des Kongresses bemerken wir folgendes:

1. Es ist besonders wünschenswert, dafs alle diejenigen, welche sich am Kongrefs beteiligen wollen, sich direkt mit dem Unterzeichneten in Verbindung setzen. Es ist für den Kongrefsausschufs notwendig, dafs er die ungefähre Anzahl der Teilnehmer kennt.

2. Jedes Mitglied hat den Beitrag von ein Pfund Sterling an den Unterzeichneten im voraus einzusenden, oder bei der Lösung der Mitgliedskarte zu entrichten.

3. Alle Anfragen betreffend den Kongrefs, die Hotels u. s. w. sind an den Unterzeichneten zu richten und werden sofort beantwortet.

Dr. J. J. Pringle, Generalsekretär,
London W., 23 Lower Seymour Street, Portman Square.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Sachverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten.

Abscesse, Ichthyol bei (Liscia) 36.
—, Pyämische, hervorgerufen durch den Gonococcus (Bujwid) 604.
— an den Injektionsstellen von löslichen Quecksilbersalzen, Ätiologie der (Omeltschenko) 583.
Acanthosis nigricans [Dystrophie papillaire et pigmentaire] (Kuznitzky) 650.
*Acidum carbolicum liquefactum: Einwirkung auf gesunde Haut (Frickenhaus) 277. 338.
Acne des Gesichts (Purdon) 592.
— keratotica (Hallopeau und Macrey) 77.
— necrotica, Ein Fall von (Schwimmer) 526.
— pustulosa, Schälpaste gegen (Hebra und Ullmann) 592.
— rosacea, Behandlung der (Fournier) 210.
— syphilitica (Mantegazza) 473.
— telangiectodes exulcerans, Ungewöhnliche Akne (Möller) 592.
Acneknötchen (Gerhardt) 518.
*Adeps lanae, Zur dermotherapeutischen Verwendung des (Müller) 13.
Aegypten und seine Krankheiten (Rabitsch-Bey) 444.
Aïnhuamoides, Sclerodactylia annularis (v. Düring) 476.
Airol (Veiel) 316.
— als Wundstreupulver, besonders zur Behandlung der verletzten Arbeiterhand (Bachmann) 581.
Aktinomykosis 256.
— im Südwesten von Frankreich (Dubreuilh und Frèche) 25.
— der Wange (Morris) 521; — (Pringle) 521.
*Aktinomykotischer Prozefs, Zellige Veränderungen an der Wand desselben (Audry) 553.
Akrokeratoma hystriciforme hereditarium (Tommasoli) 475.
Akromegalie mit Wernickes Differentialsymptom (Thomas) 319.
Albuminurie, Artifizielle (Seelig) 440.
—, Cyklische (Albers) 392.
—, Merkurielle (Heller) 35. 584.
— nach der Schutzpockenimpfung (Peiper und Schnaase) 667.
—, Pathogenese der (Semmola) 391.
—, Physiologische (Stiernon) 391.
—, Vasomotorische Ödeme ohne (Tschirkoff) 375.
— und Glykosurie, begleitet von zahlreichen Hyalincylindern bei funktionellen Nervenkrankheiten (Gray) 441.
Aloetinktur, Behandlung variköser Geschwüre mit (Coffin) 422.
*Alopecia, Abnorme Fälle von (Heuss) 632.
—, Beitrag zum Studium der (Audrain) 194.
— durch Favus (Sherwell) 313.
—, Seltene Formen von (Fox) 210.
—, Thyreoidextrakt bei universeller (Mackenzie) 322; — (Beevor) 322.
— universalis (Heuss) 632.
— vitiligoides (Heuss) 635.
— areata (Sherwell) 22; — (Gerson) 372.
— —, Behandlung der (Jackson) 22.
— —, Kongenitale (Ledermann) 518.
— — maligna (Joseph) 517.
Aluminiumpräparate, Über einige neuere (Koppel) 36.
Amputatio penis wegen Epithelioms (Wishard) 201.
Analfissuren und Hämorrhoiden (Schmey) 321.
Anästhesie, Narkose und lokale (Kümmel) 534.
Aneurysmen, Syphilitische arterielle (Brouardel) 648.
Angiokeratom (Gebert) 517.
Angioma serpiginosum, Eine seltene Form von (Francis) 477.

Angioma des Gesichts, Subkutanes (Audry) 396.
Angioneurosen 446.
Antinosin, Eudoxin und Nosophen 444.
Antipyrinexanthem, Eigentümliches (Ballin) 376.
Antistreptokokkenserum (Marmorek) 262.
Anuria calculosa (Legueu) 28.
—, Mechanische 28.
—, Reflektorische 28.
—, Tonische 28.
Aphthen am weiblichen Genitale (Neumann) 546.
Arbeitsunfähigkeit geschlechtskranker Kassenmitglieder (Ledermann) 223.
Argyrie, Lokale (Schultzen) 20.
Arsenbehandlung, Rundzellensarkom des weichen Gaumens, geheilt unter (Boltz) 533.
Arsenikaffektionen der Haut (Juliano Moreira) 86.
Arsenikpasten, Kaustische 316.
Arsenmedikation, Ein Fall von erfolgreicher A. bei Hautsarkom (Pospelow) 470.
Arsenmelanose und Psoriasis (Saalfeld) 519.
Arteriosklerotisches oder luetisches Aortenaneurysma (Seidel) 97.
Arterien der menschlichen Haut (Spalteholz) 426.
Arzneiexantheme (Fordyce) 201.
Aspermatismus 32.
Asphyxia reticularis multiplex (Unna) 477.
Athetose bei Lues (Strübing) 190.
Atlas seltener Hautkrankheiten, Internationaler (Unna, Morris, Leloir, Duhring) 474.
Atrophie des Hodens, Über akute (Hutchinson) 48.
Augenkrankheiten und Hautekzeme (Gergens) 202.
Augensyphilis, Hereditäre, in der zweiten Generation (Galezowski) 76.
Aussatz einst und jetzt (Dehio) 248.
Ausscheidung der Mikrobien durch die Sekrete. Beobachtung von akuter Staphylokokken-Allgemeininfektion nach Varicellen (Brunner) 660.
Ausschlag, Gemischter (Raynor) 313.
—, Ringförmiger, knotiger (C. Fox) 520.
Azoospermie 32.

Bacillus (Bacterium coli commune), Über den gewöhnlichen, bei der Harninfektion wirksamen, pathogenen (Krogius) 490.
— brunigenus putrefaciens (Tauffer) 311.
— leprae, Topographisches über den (Bergengrün) 437.
— von Ducrey und Serienimpfungen des einfachen Schankers (Petrini) 208.
Bäder, Wirkung auf die Haut (Hippokrates) 73.
Bakterien, Beobachtungen über metachromatische Körper, Sporen, Ramifikationen und Kapseln bei pathogenen (Babes) 531.
—, Nährboden für (Bleile) 262.
Bakterienmembranen in der Harnröhre (Jadassohn) 574.
Barlowsche Krankheit und sterilisierte Milch (von Starck) 379.
Bartholinitis und Urethritis, Gonococcus Neisser bei (K. Hasse) 602.
Bericht der vierten Abteilung des Kommunehospitals für das Jahr 1894 (Haslund) 33.
Biskrabeule, endemisch in der Provinz Bahia (Juliano) 592.
Blase, Spastische Kontraktion der B. bei Prostatacarcinom (Liesching) 221.
—, Wert des chirurgischen Eingriffes bei Neubildungen der Blase (Pousson) 30.
—, Partielle Resektion der 30.
Blasenentzündung, Pathogenese der (Du Mesnil de Rochemont) 532.
—, Perineale Drainage der Blase in hartnäckigen Fällen von (Legueu) 254.
Blasenphantom, Ein neues (Wossidlo) 159.
Blasenreiniger (Duchastelet) 29.
Blasenruptur bei chronischer Paralyse (Posner) 485.
Blasensteinbildung, Ein Fall von seltener (Frank) 485.
Blasentumoren, Wert der chirurgischen Intervention bei (Pousson) 21.
Blastomyceten in den Sarkomen (Roncali) 318.
Blatternepidemie in Bern im Jahre 1894. 42.
Blatternepidemie in Triest (De Manussi) 386.
Blennorrhoe, Behandlung mittelst der Janetschen Methode (Wossidlo) 419.
— beim Manne (Guiteras) 599.
— des Weibes (Klein) 595; (Lyons) 599.
—, Eosinophile Zellen bei (Vorbach) 601.
—, Trophische Störungen bei (Jeanselme) 604.
— -Fragen, Forensische (A. Neisser) 597.
— beim Weibe, Betrachtungen über die anorektale (Jullien) 483.
— beim Weibe (Lyons) 599.
—, Die inneren Metastasen der (Leyden) 248.
—, Beziehungen der Filamenta urethralia zur chronischen (Käufer) 252.
—, Über den Wert der Salbenbehandlung bei der chronischen (Isaak) 482.
— der Kinder (Fischer) 599.
Blennorrhoea neonatorum, Verhütung in der Schweiz (Heim) 600.
Blennorrhoische Urethralinfektion, ihre Verhütung (Neisser) 596.
—, Affektion bei einem dreijährigen Mädchen (Klamann) 546.

Blennorrhoische Endocarditis und Arthritis (Finger) 157. 186.
—, Prostatitis follicularis (Finger) 157. 186.
Blennorrhoischer Prozefs, Pathologische Anatomie des (Finger, Ghon, Schlagenhaufer) 157. 186.
— Rheumatismus, 19 Fälle von (Emery) 75.
Blut und Blutbewegung (Schweizer) 428.
Blutveränderungen durch Syphilis (Justus) 536; (Falcone) 536.
Bouba, Framboesia brasiliana der Augenlider (Breda) 473.
—, Brasilianische (Breda) 78. 150.
Bouton de Bahia, Klinische Bemerkungen über den (Juliano Moreira) 196.
Bromexanthem, Zwei Fälle von (Jackson) 200.
Brown-Séquard'sche Methode (Organsaft-Therapie und ihr therapeutischer Wert (Buschon) 489.
Bubonen, Ätiologie der (Rille) 595.
—, Behandlung nicht suppurierter mit intraglandulären Injektionen von Terpentinöl (Rondelli) 595.
Bubonenbehandlung (Block) 210.
— mittelst Ausschabung und sofortiger Naht (Mermet) 210.

Calciumchlorid, Urticaria, behandelt mit (Wright) 658.
Carcinom der Prostata, kompliziert mit spastischer Kontraktion der Blase (Liesching) 221.
— — — mit krebsiger Infiltration der linksseitigen supraklavikularen Lymphdrüsen (Pauly) 221.
— der Zunge (Jadassohn) 520.
Carcinome, Entstehung der (Notthaft) 317.
„Cathétérisme rétrograde" bei den Prostatakranken (Routier) 21.
Cheiropompholyx, Ein Fall von (Schwimmer) 525.
Chemotaxis 430. 432.
Chinineruptionen (Balducci) 376.
Cholestearin im Urin (Glinski) 492.
Chromatorhexis 284.
Chromatotexis 284.
Chromidrois, Ein Fall von Haematidrosis im Verein mit (Dyer) 324.
Chylurie, Ein mit Methylenblau erfolgreich behandelter Fall von Filaria sanguinis mit (Flint) 491.
Clitorismus 32.
Colique spermatique 219.
Condyloma acuminatum, Zustand der Nervenfasern im Bereiche des (Rocchi) 81.
Cornu cutaneum (Denis) 318.
Corpora cavernosa penis, Syphilitische Induration der (Batut) 101.
Corpus ciliare, Gummata des (Oswalt) 101.
Cutol, ein Aluminiumpräparat 86.
Cutolum solubile, Aluminiumpräparat 86. 37.
Cylinder im Harn ohne gleichzeitige Ausscheidung von Serumeiweifs (Kossler) 441.
— und Eiweifs im Urin von Fufsballspielern (Macfarlane) 441.
Cyste 434.
Cystenbildung, Urethritis glandularis bei der Frau, verbunden mit (Verchère) 601.
Cystoskopie 30.
Cystitis, Formol bei tuberkulöser (Lamarque) 27.
— und Pyelitis, Differentialdiagnose der (Schabert) 543.
— und Pyelonephritis, Dilatation der Ureteren bei einem fünfjährigen Kinde (Hunter und Edington) 544.
— catarrhalis 259.
— suppurativa ammoniacalis 259.
— — acida tuberculosa 259.

Dariersche Dermatose (Hallopeau) 648.
Dauerfärbungen des Trichophytonpilzes (Adamson) 85.
Dermatalgie (Sherwell) 313.
Dermatitis, Akute allgemeine exfoliative [Pityriasis rubra] (Cooper und Perrin) 203.
— exfoliativa bei einem jungen Ochsen (Eddowes) 204.
— — generalisata in Verbindung mit multipler Hautsarkomatose (Krefting) 420.
— —, Persistierende (Crocker) 247.
— —, Recidiv von epidemischer (Crocker) 247.
— herpetiformis (Abraham) 185; — (Pringle) 185; — (Cutler) 248; — (Heuss) 364.
—, Maligne merkurielle (Oro) 78.
— papillaris capillitii, Die Histologie der (Ledermann) 483.
— papillomaformis (Tánago) 214.
— repens (Stowers) 193; — (Morton) 313.
—, Urämische bullöse (Barrs) 194.
—, Variköse (Audry) 399.
Dermatobia noxialis (Breda) 325.
Dermatol (Mosolewsky) 581.
Dermatologen-Kongrefs zu London, III. Internationaler 668.
Dermatologie und Syphilis, Beiträge zur Festschrift für G. Lewin 478.
Dermatosen, Die Diätetik bei den (Brocq) 480.

Dermatosen, Diathesische und pathogenetische (Gaucher) 578.
—, Über die syphilitischen (Mantegazza) 472.
Dermitis, Erysipelähnliche, mit Staphylokokken im Verlaufe eines Herpes gestationis (Gaston) 650.
— rheumatica oder Hautrheumatismus (Piassetzky) 381.
Dermoidcyste des Ovariums (Audry) 397.
— der Raphe scroti (Rosi) 326.
Desinfektionswert der Salben (Breslauer) 34.
Diaskop 437.
Diätetik bei den Dermatosen (Brocq) 480.
Dilatation, Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit (Janet) 159.
Diplegia brachialis heredo-syphilitischen Ursprungs 266.
Doldentrauben-Syphilide (Hutchinson) 245.
*Duhringsche Krankheit (Dermatitis herpetiformis) (Heuss) 364.
Dystrophie papillaire et pigmentaire s. Acanthosis nigricans.

Eccema 423.
— capitis, mit salicylsaurem Natron behandelt (Lockwood) 203.
—, Akute Nephritis bei (Bruhns) 202.
— infantile (Morton) 314.
—, Mittel gegen (Rotter) 587.
— der Schleimhäute (Hartzell) 202.
—, Neurotisches (Fordyce) 22.
—, Reflektorisches (Raynor) 314.
— seborrhoicum 437. 564.
— — und Neurodermitis (Wickham) 75; — (Brocq, Barthélémy) 76.
— und Keratosis linearis (Rudojawzew, Pawlow, Tarnowsky) 181.
Ecthyma 436.
Einpflanzung eines künstlichen Hodens nach Kastration (Weir) 329.
Eintrittspforten des syphilitischen Virus (Dubois-Havenith) 90.
Eiterungen, Ichthyol bei (Liscia) 36.
Eiterstaphylokokken bei der Endometritis blennorrhoica, Über das Vorkommen von (Immerwahr) 481.
Eiweifs im Harn, Neues Verfahren zur Dosierung (Pitarelli) 390.
Eiweifs im Urin nach Heilung von akuten epithelialen Nephritiden (Bard) 440.
— und Cylinder im Urin von Fufsballspielern (Macfarlaine) 440.
Ekzembehandlung, Über die Grundzüge der (Lassar) 84. 483.
— mit Myrtillextrakt [Myrtillin Wintern itz] (Ullmann) 586.
Ekchymosen, Spontane, der Ohren bei einer Hysterica (Pianetta) 379.
Elastische Fasern bei Hautläsionen (Pini) 79.
— — in gesunder und kranker Haut (Meissner) 529.
Elastisches Gewebe der normalen Haut (Secchi) 575.
Elektrolyse, Tättowierungen, entfernt durch (Heller) 375.
*Elektrolyseur Santi für harte Strikturen der vorderen Harnröhre, zugleich auch Meatotom (Santi) 463.
Elephantiasis congenitalis (Moncorvo) 195.
— nostras (Etienne) 211.
— der unteren Extremitäten (Galloway) 245; — (Morris) 521.
Elephantiastische Haut, Plasmazellen in derselben 66.
Elimination des Syphilisgiftes (Lee) 91.
Empyema tunicae vaginalis (Fürst) 532.
Endocarditis blennorrhoica 157.
— syphilitica (Israel) 537.
Endometritis blennorrhoica, Eiterstaphylokokken bei der (Immerwahr) 481.
Enthaarungsmittel (Butte) 327.
Eosinophile Zellen bei Blennorrhoe (Vorbach) 601.
Epidemische Dermatitis exfoliativa, Recidiv von (Crocker) 247.
Epidermisabstofsung am ganzen Körper (Tuppert) 205.
Epidermiscyste (Audry) 397.
Epididymitis (Vaughan) 50.
Epilation bei Favusbehandlung, Unumgänglichkeit der (Ciarocchi) 78; — (Mibelli, Majocchi) 78.
Epispadie, Vollständige (Boiffin) 22.
Epitheliom, Amputatio penis wegen (Wishard) 201.
— der Mandel, Lobuläres (Audry) 395.
— der Lippe (Audry) 395.
— des Handrückens (Audry) 395.
— der Mamma (Audry) 396.
— der Handgelenkgegend, Gelapptes (Audry) 396.
Epitrichialschicht der Epidermis und ihre Beziehung zur Ichthyosis (Bowen) 200.
Epizootische Aphthen (Maul- und Klauenseuche), Ätiologie (Piana und Fiorentini) 213.
*Erfrierung, Beitrag zur Pathologie der (Hodara) 445.
Erysipel 436.
— des Penis, Primäres gangränöses. Konsekutive Hodenatrophie? Oligospermie (Róna) 577.
—, Ichthyolbehandlung des (Colombini) 211.
—, Lupus erythematosus geheilt infolge von (Schwimmer) 525.
—, Multiple pseudomelanotische Gasabscesse der Haut nach (Zeller und Arnold) 213.

Erysipel, Periodisches katameniales (Massalongo) 211.
—, Persistierendes Ödem beider Augenlider nach wiederholtem (Pye-Smith) 522.
—, Serotherapeutische Experimente gegen das (Parascandolo) 591.
— und Lupus (Hallopeau) 73.
Erysipelähnliche Dermitis mit Staphylokokken im Verlaufe eines Herpes gestationis (Gaston) 650.
Erythema, Akutes exsudatives [Purpura haemorrhagica] (Fayrer) 657.
— balsamicum (Oro) 78.
— bullosum (Wermann) 251.
— exsudativum multiforme, Viscerale Komplikation des (Osler) 382.
— faciei nervösen Ursprungs (Mollière) 382.
— keratodes 246.
— nodosum (Philippson) 425.
— papulo-vesico-bullosum et necroticans (Spiegler) 154.
— pernio 80.
— polymorphum (Majocchi) 81; — (Nicolle) 198.
— scarlatiniforme nach Jodkalium 201.
*Erytheme, Circinäre syphilitische [Neurosyphilide-Unna] (Nielsen) 500. 555.
— bei Syphilis (Rosenthal) 486; — (Mantegazza) 472.
Erythrasma, Seltene Lokalisation des, mit positivem Kulturresultate (Reale) 77.
Erythrodermie, Syphilisähnliche exfoliative, mit doppelter Iritis bei einer Patientin mit Eierstockcyste (Gaston) 649.
Erythromelalgie oder kongestive Neurose der Extremitäten (Glorieux) 384.
Esthiomène (ulceröse Prozesse an der Vulva) 469.
Eudoxin, Nosophen und Antinosin 444.
Europhen, Über (Saalfeld) 35. 486; — (Blackwood) 35.
—, Zur Anwendung des (Doermer) 35; — (Waugh) 36.
Exantheme, Die Behandlung der Nase und des Rachens im Verlaufe akuter (Rice) 39.
—, Zwei Fälle von Brom- (Jackson) 200.
—, Chinin- (Balducci) 376.
—, Hereditär-syphilitische (Kettner) 102.
—, Merkwürdiges, als Begleitung einer scharlachähnlichen Rachenerkrankung (Galatti) 527.
— nach Gebrauch von Extractum filicis maris aethereum (Schmey) 376.
Excision des syphilitischen Initialaffektes (Finger) 192.
Extragenitale harte Schanker. Statistik (Krzysztalowicz und Mayzel) 536.
— Infektion (Winternitz) 311.
— — und schwerer Verlauf der Syphilis (Fournier) 536.
Extragenitale Infektion, Ulcus molle am Finger (Joseph) 145.
*— Initialsklerose, Zwei Fälle von (Heuss) 458.
— Syphilisinfektion (Joseph) 482.

Fälle zur Diagnose (Aller) 247; — (Cavafy) 184; — (Thin) 185; — (Morton) 314.
Färbemethoden, Bemerkungen zu Unnas neuen 152; — (Günther) 152.
Färben von Pelzen und Menschenhaar (Erdmann) 223.
Fasern, Elastische, bei einigen Hautläsionen (Pini) 79.
Favus (Morris) 184; — (Warminski) 590.
—, Alopecie durch (Sherwell) 313.
—, Anatomie des (Mibelli) 126; — (Wälsch) 207.
— erythematosus 128; — turriformis 137.
— am Scrotum (Dubreuilh) 590.
— mit kleinen Scutulis, Neue Behandlungsmethode des (Jorfida) 590.
—, Über beinahe den ganzen Körper ausgebreiteter (Chirvino) 80.
Favusbehandlung, Unumgänglichkeit der Epilation bei (Ciarrocchi) 78.
Favuspilz, Untersuchungen über den (Kluge) 527.
Fettgewebe-Wachstum (Schein) 260.
Feuermäler, Operative Beseitigung der (Jonas) 326.
Fibrolipoma (Ledermann, Löwenstein) 373.
Fibroma cutaneum bei Trichophytie (Collavitti) 79.
— perniciosum der Schweifsdrüsen (Audry) 197.
Fibrome der Haut, Multiple (Severi) 81.
— und Neurome, Multiple (Hansemann) 19.
Fibrosarkom der Harnblase (Audry) 396.
Filaria sanguinis hominis mit Chylurie, ein mit Methylenblau erfolgreich behandelter Fall (Flint) 491.
Flecke am Körper, Eigentümliche dunkelbraune (Galloway) 520.
Folliculitis agminata parasitären Ursprungs (Hartzell) 199.
—, Chronische (Abraham) 186.
— decalvans 211.
— granulosa der Haut (Audry) 198.
Formol, Anwendung in der Behandlung der Harnwege (Lamarque) 27.
Framboesia brasiliana (Bouba) der Augenlider, Ein Fall von (Breda) 473.
— oder Bouba, Brasilianische (Breda) 78. 150.
Frost 446.

Frostbeulen 446.
Frost-Erythem 446.

Gangraena 51.
— der Extremitäten, Symmetrische (Castellino und Cardi) 322.
—, Purpura-Ausschlag mit Ausgang in (Shepherd) 257.
— Spontane symmetrische (Gerson) 517.
— des Scrotums bei Varicellen (Spivak) 659.
— der Vulva (O'Hagan) 546.
Gasabscesse der Haut nach Erysipel (Zeller und Arnold) 213.
Gefäßsystem, Grundzüge einer allgemeinen Pathologie des (Lukjanow) 425.
Gehirnsyphilis (Stieglitz) 99.
Gelenkerkrankungen und Schuppenflechte (Eger) 205.
Genito-Urinary Diseases, Syphilidology and Dermatology, A System of (Morrow) 33.
Geschichte der venerischen Krankheiten (Prokseh) 426.
Geschlechtsdrüse, Läsionen der einzelnen Bestandteile des Samenstranges und ihre Folgen für die (Alessandri) 217.
Geschlechtstrieb und Sterilität (Losmann) 44.
Geschwulstbildung, Multiple (Fibrolipoma) (Ledermann) 373; — (Löwenstein) 373.
Geschwüre und Narben im Pharynx, Luetische (Reinhardt) 20.
Gewerbeekzeme (Merzbach) 528.
Gießhübl Sauerbrunn (Gastl) 36.
Glaskanülen zu Irrigationen der Nase, des Ohres und der Harnwege 231; — (Vanghetti) 231.
Glykosurie und Albuminurie, begleitet von zahlreichen Hyalincylindern bei funktionellen Nervenkrankheiten (Gray) 441.
Gonococcus als Ursache pyämischer Abscesse (Bujwid) 604.
—, Biologie des (Steinschneider und Schäffer) 603.
—, Biologie des G. und pathologische Anatomie des blennorrhoischen Prozesses (Finger, Ghon, Schlagenhaufer) 157. 186.
—, Kultur des (Hammer) 603.
— Neisser bei Urethritis und Bartholinitis (K. Haase) 602.
— Neisser, Klinische und bakteriologische Untersuchungen über den (Heimann) 603.
—, Reinzüchtuug bei Blennorrhoe, Ophthalmia purulenta und Pyosalpinx (Wright) 603.
Gonokokkenabceß am Ellenbogen, Subkutaner (Hochmann) 604.
Gonokokkenbefunde beim Weibe, Über (Gauer) 480.
Granulationsgeschwülste, Hodentuberkulose mit Auftreten subkutaner (Wick) 49.
Guineawurm [Filaria vel Dracunculus Medinensis] (Manson und Boyd) 656.
Gummata des Corpus ciliare (Oswalt) 101.
—, Mediastinal-Lymphdrüsen- (Seidel) 101.
— des Rachens und des Halses, Voluminöses (Rutten) 101.
— des Tractus ciliare (Oswalt) 422.
Gummazerfall, Defekt im Schädeldache durch (von Sachs) 519.
Gummiknoten des Augengrundes, Die (Hirschberg) 481.
Gummöse Infiltration (De Amicis) 79.

Haare (Hippokrates) 71.
—, Syphilitischer Ausfall der (Petersen) 524.
— und Krallen, Lange, als Erzeugnisse der Rückbildung durch Nichtgebrauch (Haacke) 260.
Haar mit gespaltener Papille 83; — (Giovannini) 83.
Haarschwund, Zwei banale Ursachen für (Fournier) 197.
Haematidrosis im Verein mit Chromidrosis (Dyer) 324.
Hämaturie, Schwere, ohne anatomisches Substrat (renale Hämophilie) Piqué und Rebland) 21; — (Albarran, Routier) 21.
Hämoglobinurie, Paroxysmale und Syphilis (Courtois und Suffit) 103.
—, paroxystica [a frigore] (Loumeau und Peytoureau) 443.
Hämorrhagien in der Haut bei disseminiertem Sarkom (Railton) 318.
Hämorrhagische Form der Mykosis fungoides (Quinquaud) 211.
— Infektionen, Über die Ätiologie der (Babes und Pop) 531.
Hämorrhoiden (Freudenberg) 321.
— und Analfissuren (Schmey) 321.
Harn, Ein merkwürdiger (van Ledden Hulsebosch) 491.
—, Quecksilbernachweis im (Jolles) 149.
Harnbestandteile, Einige Untersuchungen über die Färbung und Konservierung organisierter (Jacobsohn) 482.
Harninfektion, Über den gewöhnlichen, bei der H. wirksamen, pathogenen Bacillus [Bacterium coli commune] (Krogius) 490.

Harnkrankheiten, Therapie der (Posner) 160.
Harn- und Geschlechtsorgane, Neue Apparate und Instrumente für die Behandlung der Krankheiten der (Janet) 31.
Harnleiter s. Ureteren.
Harnretentionen (Stark) 220.
Harnröhre, Bakterienmembranen in der (Jadassohn) 574.
—, Neuralgie der 32.
—, Reaktion im Lumen der (Jadassohn) 574.
Harnröhrenstrikturen, Behandlung derselben mit Dilatation (Janet) 159.
Harnsaure Diathese, Das Urocedin Stroschein gegen (Holtz) 494.
— —, Zur Therapie der (Mendelsohn) 495.
— Sedimente, Die Bedingungen für die Entstehung derselben (Ritter) 493.
Harnsäureauflösung bei gichtischen Ablagerungen und Konkretionen in den Harnwegen, Die Verschiedenheit des Problems der (Mendelsohn) 494.
Harnsäuresteine im Urin, Über den Wert des Piperazins als Lösungsmittel für (Fawcett) 493.
Harnsedimente, Konservierung organisierter (Fischel) 330.
—, Neue Methode zur Untersuchung der (Polacci) 330.
—, Mikrochemische Farbenreaktionen der (Grosz) 330.
Harnsteinbildung, Experimentelle H. nach der Methode von Ebstein und Nicolaier (Rouville) 492.
Harnuntersuchung (Buchner) 331.
Harnwege, Ätiologische Studie über die Infektion der (Bastianelli) 259.
Hautaffektionen und Menstruation (Dobbert) 312.
Hautausschläge bei Hysterischen (Frèche) 422.
Hautekzeme und Augenkrankheiten (Gergens) 202.
Hautemphysem nach subkutaner Rippenfraktur, Allgemeines (Erdheim) 549.
Hauterkrankung, Eine bisher nicht beobachtete perniciöse (Spiegler) 153.
Hauterkrankungen der unteren Extremitäten, Strichförmige (Heller) 478.
Hautfarbe (Hippokrates) 72.
Hautfärbung im physiologischen Zustande einiger Tiere, Modifikationen der (Campana) 379.
Hautgangrän hysterischen Ursprungs (Veuillot) 323.
Hautincision, Subepimidale H. zur Vermeidung von Narben (Beck) 581.
Hautkranke zu Königsberg, Bericht über die Poliklinik für (Caspary und Bechert) 550.
Hautkrankheiten, Allgemeine Diagnostik der, begründet auf pathologische Anatomie (Philippson und Török) 431.
—, Vorlesungen über allgemeine Dermatologie oder allgemeine Pathologie, Diagnose und Therapie der (Kromayer) 487.
Hautlappen zu plastischen Zwecken, Grofse ungestielte (Krause) 532.
Hautläsionen, Elastische Fasern bei (Pini) 79.
Hautnerven in gehärteten Präparaten, Darstellung der markhaltigen (Heller) 260.
Hautödem, Ungewöhnliches akutes (Bergmann) 376.
Hauptpigmentierung, Histogenese der (More) 321.
Hautrheumatismus oder Dermitis rheumatica (Piassetzky) 381.
Hautsarkom, Ein Fall von erfolgreicher Arsenmedikation bei (Pospelow) 470.
—, Idiopathisches multiples hämorrhagisches (Trapesnikow) 524.
Hautsarkomatose, Beitrag zur Kasuistik der (Fileti) 472.
—, Ein Fall von Dermatitis exfoliativa generalisata in Verbindung mit multipler (Krefting) 420.
Hautsyphilis, Tuberöse, Über (Schübel) 530.
Hauttuberkulose (Audry) 398.
—, Eigentümliche Form von (Shield) 522.
—, Lokale (Feibes) 528.
— und Lupus. Behandlung (Morelle, Caesar, Böning) 87. 88.
—, Neue pemphigoide und eiternde Form von (Hallopeau) 76. 420.
Hemiparese im Stadium der Roseola (Budugow) 524.
Hepatitis interstitialis diffusa syphilitica (Litten) 143.
Hermaphroditismus spurius masculinus completus (Bittner) 224.
Herpetismus und Stoffwechselstörungen (Condorelli) 531.
Herpes gestationis und Kindermortalität (Canuet) 650.
— —, Erysipelähnliche Dermitis mit Staphylokokken im Verlaufe eines (Gaston) 650.
— der Glans penis bei Typhus (Webber) 381.
— tonsurans, Polymorphismus und eine noch nicht beschriebene Form des (Pellizari) 206.
— mit ungewöhnlicher Verteilung (Drinkwater) 382.
— zoster, Bilateraler, im Gebiete des V. Gehirnnerven (Douglas) 381.
— —, Eigentümliche Affektion im Gefolge von (Cavafy) 184.

Herpesbläschen an der Unterlippe (Lewin) 519.
Herzerkrankungen bei Masturbanten (Bachus) 45.
Hidrocystome und Dyshidrose (Hallopeau) 76.
*Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut (Unna) 497.
*Historische Streifzüge (Cohn) 70. 409. 567.
Hoden, Bösartiger gemischter Tumor des 48; — (Taylor) 48.
—, Akute Atrophie des (Hutchinson) 48.
—, Einpflanzung eines künstlichen H. nach Kastration (Weir) 329.
—, Reposition eines dislocierten (Martin) 47.
—, Zurückbleiben der 47; — (Walker) 47.
Hodenatrophie infolge von primärem gangränösen Erysipel des Penis (Róna) 577.
Hoden- und Nebenhodenentzündung, Giebt es eine idiopathische? (Elsenberg) 215.
Hodensack, Naht des (Guelliot) 29.
Hodensyphilom, Tertiäres (Audry) 398.
Hodentuberkulose mit Auftreten subkutaner Granulationsgeschwülste (Wick) 49.
Hornhautentzündungen, Hereditär-luetische (Burchardt) 146.
Hutchinsonscher Symptomenkomplex (Fournier) 103.
Hydrargyrie der Haut, Drei Fälle von (Fournier) 648.
Hydrargyrum bijodatum, Karbunkel, behandelt mit subkutanen Injektionen von (Stoney) 592.
Hydroa herpetiforme (Crocker) 522.
Hydrocele, Chirurgische Behandlung der 46.
—, Behandlung mittelst Jodeinspritzung (Pousson) 25.
—, Behandlung mittelst Ausspülungen der Tunica vaginalis mit destilliertem Wasser (Riva) 46.
—, Offenhalten der Incision bei einfacher (Clendenin) 46.
—, Radikaloperation wegen kongenitaler H. der Tunica vaginalis testis dextri (Morton) 47.
— beim Weibe, Ein Fall von (Lapeyre) 548; — (Smith) 548; — (Liermann) 549.
Hydronephrose, Traumatische (Wagner) 192.
Hydrotherapie, Syphilis und (Breyer) 271.
Hyperchromia syphilitica pigmentaria [Syphiloderma pigmentosum] (Frattali) 80.
Hyperidrosis (Frank) 146.
—, Beitrag zur Behandlung der (Heubner) 324.
Hyperidrosis mit eigentümlicher Tylosis der Fufssohle (Perry) 246.
Hyperplasie beider Mammae bei einem sechs Monate alten Mädchen (Bittner) 224.
Hypertrichosis 327.
Hysterie, Hautgangrän nach (Veuillot) 323.
—, Hautausschläge bei (Frèche) 422.
—, Parasyphilitische (Fournier) 76.

Ichthyol bei Phlegmonen, Lymphdrüsenschwellungen, Abscessen und Eiterungen (Liscia) 36.
Ichthyosis, Epitrichialschicht der Epidermis und ihre Beziehung zur (Bowen) 200.
— hystrix (Abraham) 186.
— (?), Akute diffuse, bei einem 2¼ Jahre alten Kinde (Marsch) 203.
—, Thyreoidbehandlung bei (Nobbs) 589.
Icterus 443.
Ignis sacer et Sancti Antonii (Ehlers) 51.
Impetigo 436.
— staphylogenes (Unna) 436. 498.
— — mit serofibrinösem Nachschub (Unna) 499.
— — in Form einer staphylokokkenhaltigen Kruste (Unna) 499.
— der Kinder, Behandlung mit Liquor Donovani (Saint-Philippe) 423.
— oder Lues? (Isaak) 243.
Impotenz, Behandlung durch Venenligatur 46; — (Raymond) 46.
Impfexantheme und Impfschäden (Voigt) 43.
Impfgesetz, Statistisches zu seiner Wirkung (Kübler) 663.
Impfinstrumente, Sterile (Weichhardt) 43.
Impfpsoriasis, Über einen Fall von (Rioblanc) 588.
Impfschäden, Impfexantheme und nach der Impfung eintretende allgemeine Erkrankungen (Voigt) 43.
Impfung mit sterilen Instrumenten (Lindenborn) 43; — (Waibel) 389 s. auch Vaccination.
Incontinentia urinae (Albarran) 252.
Indigokonkrement, Renales (Forbes) 544.
Infektion, Extragenitale (Winternitz) 311.
Infektionen durch die pyogenen Mikroorganismen, Serotherapeutische Experimente gegen die (Parascandolo) 591.
Infektionskrankheiten, Gebrauch der Nitrite bei (Petrone) 37.
Infiltration, Besondere Form gummöser 79.
Influenza, Scharlachartiger Ausschlag bei (Brasher) 377.
Initialaffekt, Excision des syphilitischen (Finger) 92.

*Initialsklerose, Extragenitale (Heuss) 458.
— der Finger (Schwimmer) 524.
Injektionsspritze (Rosenberg) 51.
Inokulationstuberkulose infolge Tättowierens (Collings und Murray) 265.
Intraglanduläre Injektionen von Terpentinöl, Behandlung nicht suppurierter Bubonen mit (Rondelli) 595.
Inunctor (Heidenhain) 50.
Jodeinspritzung, Hydrocele behandelt mit (Pousson) 25.
Jodismus, Seltene Form des (Rosin) 582.
—, Verhütung bei Gebrauch von Jodkalium 37; — (Spencer) 37.
Jodkalium, Immunität von Rindern gegen Maul- und Klauenseuche durch (Pick) 213.
— bei Prostatahypertrophie 222.
—, Verhütung des Jodismus bei Gebrauch von (Spencer) 37.
Jodmedikation, Beiträge zur (Richter) 485.
Jodoform, seine antibakteriellen Eigenschaften (Wreden) 582.
Jodoformin (Trostorff) 316.
— bei Tripper und Schanker (Güntz) 582.
Jodquecksilberhämol, Über die Behandlung der Syphilis mit (Rille) 471.
Jod-Tannin-Lösung, Varicenbehandlung mit Injektionen einer (Delore) 320.
Iritis, Syphilitische (Fournier) 99.

Kalomelöl, Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen v. (Hirschberg) 269.
Kalomelinjektionen (Verchère) 74; — (Soffiantini) 81.
Kantharidin, Lupusheilung durch (Saalfeld) 89.
Karbunkel mit subkutanen Injektionen von Hydrargyrum bijodatum behandelt (Stoney) 592.
Kastration, Einfache Methode der (Kane) 276.
—, Einpflanzung eines künstlichen Hodens nach (Weir) 329.
—, Heilung der Prostatitis, Orchitis und Epididymitis durch (Francke) 192.
— bei Prostatahypertrophie (Albarran) 21; — (White) 272—275; — (Moullin) 272; — (Swain) 273; — (Lütkens) 274; — (Streton) 274; — (Spencer) 275.
—, Protest gegen die beiderseitige (Alexander) 275; — (Lydston) 276.
—, Wirkungen der unilateralen K. auf die Prostata (Fenwick) 327.
Kastration, Wirkungen der doppelseitigen K. auf die vergrößerte Prostata (Fenwick) 328; — (Griffiths) 329; — (Moullin) 327.
— und Entfernung der Samenbläschen und Samenleiter wegen Tuberkulose derselben (Weir) 218.
Katheterdesinfektion, Apparat für (Löwenstein) 374.
Katheterismus der Ureteren beim Manne (Nitze) 495; — (Casper) 495.
Katheterisation der Ureteren beim Manne (Gaither) 201.
Keratodermie: „Porokeratosis", Eine seltene Form von (Mibelli) 475.
*Keratoma palmare et plantare hereditarium (Heuss) 405.
Keratomalacie, s. Keratomykose.
Keratomykose (beginnende Keratomalacie) bei einem mit Lues congenita haemorrhagica behafteten Säugling (Zirm) 540.
Keratosis follicularis und Syphilis (Tommasoli) 424.
— linearis, Eccema und (Rudojawzew) 181.
— pilaris in Verbindung mit Lichen planus (Morris) 246.
— —, Beitrag zur Histologie der (Giovannini) 590.
— universalis multiformis (G. Lewin) 590.
— mit exzentrischer Ausbreitung (Respighi) 77.
Kinderblennorrhoe, Über (Fischer) 599.
Knäueldrüsenapparat, seine Immunität gegen Eiterkokken (Brunner) 579.
Knochengewebe, Entwickelung in einem Sarkom des Samenstranges (Maylard) 49.
Knotensyphilis, kombiniert mit Lupus erythematosus (Cotterell) 185.
Kombinationsformen nichtsyphilitischer Hautveränderungen mit syphilitischen Exanthemen (Ehrmann) 94.
Komedonen (Morris) 247.
Kommensalismus (Pilzassoziation) 79.
Kongreß, XII. internationaler, medizinischer in Moskau 224.
Körperbetrieb, Form und Funktion des (Schweizer) 428.
Kosmetik (Paschkis) 316.
Krallen und Haare, Lange, als Erzeugnisse der Rückbildung durch Nichtgebrauch (Haacke) 260.
Kraurosis vulvae (Reed) 548.
— und Pruritus vulvae (Benicke) 547.
Krebs, s. auch Carcinom, Epitheliom.
— erblich? (Bodilly) 317.
Kreosot, Lupusbehandlung mittelst lokaler Anwendung von (Serenin) 535.
— und seine Derivate: Verwendung (Schürmayer) 160.

Kuhpockenerkrankung beim Menschen, Zufällige (Bucknill) 666.

Labio-glosso-laryngealparalyse syphilitischen Ursprungs (van Gehuchten) 95.
Labyrinth, Syphilis des (Möller) 538.
—, Syphilitische Entzündung des (Forselles) 538.
Lebersyphilis (Litten) 252.
Lepra 229. 230.
— (Morrow) 86; — Wassermann) 147; — (Abraham) 186; — (Lassar) 250. 264.
— anaesthetica (Morton und Winfield) 23.
— der Lungen (Riehl) 87.
— maculo-anaesthetica (Galloway) 245.
*— der Nervenstämme, Pathologische Anatomie der (Kellog) 161.
— nostras (Du Castel) 76.
— auf das Rückenmark der Tiere nicht übertragbar (Campana) 80.
— auf Island 87.
*—, Das lepröse und tuberkulöse Darmgeschwür bei (Reisner) 225.
—, Serumtherapieversuche bei (De Luca) 77.
— tuberosum et nervorum (Whitol) 87.
—, Viscerale (Doutrelepont und Wolters) 418.
Lepraherd in Dalmatien, Bisher unbekannter endemischer (Zderas) 418.
Lepröse, Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Toxizität des Urins von (Thorel) 474.
Leukoderma (Syphilis pigmentaire) 93.
— (Jelzina) 524.
Leukokeratosen (Leukoplakien) und Pachydermia laryngis (Zwillinger) 550.
Leukomelanodermia syphilitica (Gémy) 95.
Leukoplakia buccalis (Schiff) 207.
Leukotaxis 285.
Lichen neuroticus (Breda) 81.
— obtusus Unna (Schafir) 523.
— planus (Pringle) 184; — (Eddowes) 186; — (Sewett) 313.
— —, Ulcerierender hypertrophischer (Pringle) 184.
— pilaris in Verbindung mit Keratosis (Morris) 246.
— ruber acuminatus und planus an der Haut und Schleimhaut desselben Individuums und über die Identität des Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris (Lukasiewicz) 467.
— — verrucosus (Gebert) 374.
— scrophulosorum 206.
Lipome, Multiple und symmetrische (Payr) 319.
Lippenrot, Oberflächliche Affektionen desselben (Jamieson) 667.
Liquor Donovani, Impetigo der Kinder behandelt mit (Saint-Philippe) 423.
Lithotritie, 80 Fälle von (Albarran) 21.
Littlesche Krankheit (spasmodische Tabes) 93.
Lues s. auch Syphilis.
—, Athetose bei (Strübing) 190.
— bei den Ostjaken und im Kainskischen Kreise (Stepanow und Tschapin) 181.
— oder Impetigo? (Isaak) 243.
Luesbehandlung (Caspary) 147; — (Jessner) 148.
Lungenlepra. Obduktion eines unter der Diagnose Lungenlepra früher vorgestellten Kranken (Riehl) 87.
Lupus (Meissner) 519; — (Lewin) 146.
—, Geheilter (Morton) 315.
— und Erysipel (Hallopeau) 73.
— und Hauttuberkulosen: Behandlung 87. 88; — (Morelle, Caesar, Böning) 88.
— und Syphilis (Lustgarten) 247; — (Bronson) 248.
— oder Syphilis (Heymann) 147.
— erythematosus (Thin) 185 s. auch Ulerythema centrifugum.
— — acutus, Mikroskopische Präparate von (Koch) 372.
— — discoides (Vollmer) 322.
— —, kombiniert mit Knotensyphilis (Cotterell) 185.
— — sebaceus (Abraham) 185.
— —, Perniciöser Fall von akutem, disseminiertem (Koch) 243.
— — im Anschluſs an Mosquitobisse (Morris) 521.
— — infolge Erysipel geheilt (Schwimmer) 525.
— tuberculosus und kleinpapelige Hautsyphilide (Petrini) 477.
— vulgaris oder Syphilis? (Isaac) 242.
— —, behandelt mit Thyreoidextrakt (Morris) 246.
Lupusbehandlung mittelst lokaler Anwendung von Kreosot (Serenin) 535.
*— mit Salicyl-Kreosotpflaster (Dubreuilh und Bernard) 121.
Lupusheilung durch Kantharidin (Saalfeld) 89.
Lymphangiectasia syphilitica (Audry) 196.
Lymphangioma (Bidwell) 185.
Lymphcyste des Samenstranges, Multilokuläre (Erelheim) 549.
Lymphdrüsenschwellungen, Ichthyol bei (Liscia) 36.
Lymphom der Zunge, Gestieltes, syphilitisches (Audry) 398.

Madurafuſs 256. 257.
Makrocheilie, bedingt durch syphilitische Erkrankung der Lippenschleimhaut (Thimm) 95.

Malaria, als Ursache eines ekzematiformen Nasenausschlages (Brocq) 421.
—, Partielle, chronische Melanodermie infolge von (Moscato) 319.
*— und Syphilis (Ruge) 333.
Malaria-Hämaturie ohne Chinin erfolgreich behandelt (Guice) 443.
Malleus 284. 488.
Mastitis syphilitica diffusa beim Manne (Ruanet) 95.
Masturbanten, Herzerkrankungen bei (Bachus) 45.
Masturbation, Somnambulistische (Cabot) 45.
*Mastzellen [isoplastische Zellen] (Audry) 393. 421.
—, ihre Bedeutung für die Pathogenese der Urticaria pigmentosa (Bäumer) 572.
Maul- und Klauenseuche, Immunität von Rindern durch Jodkalium gegen (Pick) 213.
—, Ätiologie der (Piana und Fiorentini) 213.
*Meatotom, Elektrolyseur Santi, auch (Santi) 463.
Mediastinal-Sarkom oder Mediastinal-Lymphdrüsen-Gumma? (Seidel) 101.
Melanodermie, Partielle chronische, infolge von Malaria (Moscato) 319.
Melanosarkome (Hansemann) 19.
Melanosis und Naevus (Hutchinson) 326.
Menstruation und Hautaffektionen (Zobbert) 312.
Menstrualexantheme (Lingen) 312.
Metachromatische Körper bei pathogenen Bakterien, Beobachtungen über (Babes) 531.
Metaplasie der Epithelien beim epithelialen Naevus 113.
Micrococcus tetragenus (Schürmayer) 262.
Miliare Gummata in der mütterlichen Placenta 98.
Milium congenitale [en plaques] (Crocker) 476.
Milz, Größe der Milz bei Syphilis acquisita (Colombini) 97.
Milzbrand (Johansen) 593.
Milzbrandinfektion, Purpura vortäuschend (Jaworski und Nencki) 593.
—, Werlhofsche Krankheit vortäuschend (Jaworski und Nencki) 593.
Milzschwellung, Beträchtliche, bei Syphilis hereditaria (Carslaw) 103.
Morbilli (Wilson) 40.
—, Mikroorganismen der (Czajkowski) 385.
—, Ophthalmoplegia externa bilateralis mit rechtsseitiger Hemiplegie nach (Raymond) 385.
— und Rubeolen, Differentialdiagnose 41.
Morphoea acroterica 383.
— herpetiformis (Hutchinson) 382.
Morvansche Krankheit (Castellino und Tonarelli) 322.
Mosquitobisse, Lupus erythematosus im Anschluß an (Morris) 521.
Mycetom des Fußes (Hyde, Senn, Bischop) 255.
Mykosis fungoides (Thomson) 477; — (Krey) 518; — (Mackenzie 520; — (Tarnowsky) 523; — (Malherbe) 596.
— — und die hämorrhagische Form derselben (Quinquaud) 211.
— — mit Lokalisationen in den inneren Organen, Typischer Fall von (Philippson) 472.
Myronin (Müller) 83.
Myrtillextrakt (Myrtillin - Winternitz), Ekzembehandlung mit (Ullmann) 586.
Myxoedema (Ewald) 19.
— idiopathicum (Ratjen) 534.
—, behandelt mit Thyreoidextrakt (Edler) 321.

*Naevus, Epithelialer (Delbanco) 105.
— linearis verrucosus (Ciarrocchi) 80.
—, Pigmentierter 111.
—, Sarkomatös gewordener (Buckanan) 326.
—, Systematisierte (Werner und Jadassohn) 188.
—, Talgdrüsen- (Jadassohn) 188.
—, Weicher 188.
— und Melanosis (Hutchinson) 326.
Nägel (Hippokrates) 70.
*—, Ein Fall von Psoriasis der (Dubreuilh) 464.
Nagel, Eingewachsener, der großen Zehe (Bloch) 380.
Nagelgeschwüre, seit 35 Jahren bestehend 247.
Nährboden für Bakterien (Bleile) 262.
*Nährböden, Nuklein- (Tauffer) 306.
Narbe mit Wucherungen (Usass) 181.
Narbenkeloid (Audry) 399.
Narkose und lokale Anästhesie (Kümmel) 534.
Nase, Ekzematiformer Ausschlag der; Malaria als Ursache (Brocq) 421.
Nebenhoden- und Hodenentzündung: Giebt es eine idiopathische? (Elsenberg) 215.
— —, Akute tuberkulöse (Chevki) 215.
Nebennieren, Accessorische, in beiden Samensträngen bei gleichzeitigem Konflux des Ureters und des Vas deferens der rechten Seite (Friedland) 217.
Nebenniere, Über die Funktion der (Cybulski) 578.
—, Vorlesungen über die (Rolleston) 579.

Nebennierenkörper 320; — (Rolleston) 320.
Neoplasma inflammatorium fungoides (Mykosis) 212.
Nephritis, Akute, bei Ekzem (Bruhns) 202.
— varicellosa, Fall von (Fiedeldij) 660.
Nephrolithotomie wegen eines voluminösen Nierensteines (Lentz) 21.
Neubildungen der Blase, Wert des chirurgischen Eingriffes bei den (Pousson) 30.
Neurodermitis chronica circumscripta (Brocq) = Lichen simplex chronicus circumscriptus [Cazenave-Vidal] (Touton) 156.
— und Eccema seborrhoicum (Wickham) 75.
Neuroma cutis dolorosum, Ein Fall von (Duhring) 478.
Neurome und Fibrome, Multiple 19; — (Hansemann) 19.
Neuropathie, Sexuale (Eulenburg) 31.
Neuroretinitis bei maligner Syphilis 93.
*Neurosyphilide-Unna, Circinäre syphilitische Erytheme (Nielsen) 500. 555.
Nieren, Dystopie der (Alsberg) 532.
Nierenstein, Nephrolithotomie wegen eines voluminösen (Lentz) 21.
—, Operative Behandlung der (Ranschoff) 544.
Nierentuberkulose (Braun) 159.
Nitrite, Gebrauch bei Behandlung der Infektionskrankheiten (Petrone) 37.
Noma (Birnbach) 215.
—, Untersuchungen über (Babes und Zambilovici) 531.
Nosophen (Seifert) 38.
—, Wirkungen und Verhalten im Tierkörper (Binz und Zuntz) 38.
—, Antinosin und Eudoxin 444.
*Nuklein-Nährböden (Tauffer) 306.

Ödem 139. 140. 144. 434. 435. 488.
— in praktischer Beziehung (Beer) 150.
— ohne Albuminurie, Vasomotorische (Tschirkoff) 375.
— beider Augenlider, Persistierendes, nach wiederholten Erysipelattacken (Pye-Smith) 522.
Oligospermie und Hodenatrophie infolge von primärem, gangränösem Erysipel des Penis (Róna) 577.
Onychia aller Finger und Zehen 245.
Onychogryphosis trichophytica (Collavitti) 79.
Onychomykosis: Behandlung mit Pyrogallolsalbe (Dubreuilh) 212.
Oophoritis syphilitica 99.
Ophthalmia purulenta und Pyosalpinx, Reinzüchtung des Gonococcus bei Blennorrhoe und (Wright) 603.
Orchitis, Die Behandlung der (Fournier) 216.
— nach Kraftanstrengung 216.
—, Epididymitis und Prostatitis: Doppelseitige eiterige. Kastration, Heilung 192; — (Francke) 192.
Orchotomie bei Prostatahypertrophie (Moullin) 327.
Orientbeule 151. 212.
Osteochondritis 103.
Ovarium, Dermoidcyste des 397.

Pachydermia laryngis und Leukokeratosen (Zwillinger) 550.
Pachymeningitis purulenta und Gumma der Stirngegend (Genova) 424.
Pagets Krankheit (Lindt) 259.
— — an den Lippen (Winfield) 314.
Panzerkrebs der Mamma (Morris) 246.
Papain (Egbert) 39.
Papillom der Eichel (Audry) 397.
— des Scrotums, Breites (Audry) 396.
Paraffinkrebs (Buchanan) 317.
Parakeratose 141.
Paralyse, Ätiologie der allgemeinen progressiven (Lagrange) 100.
— Labio-glosso-laryngeal-P. syphilitischen Ursprunges (van Gehuchten) 95.
Parasitäre Neubildung auf der Zunge eines Neugeborenen, Noch nicht beobachtete (Porak) 423.
Parasyphilitische Affektionen (Fournier) 93.
Paronychia (Kudrjawski) 523.
Pathologie, Diagnose und Therapie der Hautkrankheiten (Kromayer) 487.
Peliosis rheumatica 257.
Pemphigus 103.
— (Abraham) 185; — (Petrini di Galatz) 304.
— circinatus 304.
— foliaceus 304.
— —, Rückenmark und periphere Nerven bei hochgradigem (Bargum) 533.
— hystericus 422.
— malignus, Über eine besondere Form des (Babes) 474.
— vegetans vulgaris 304.
— und Bemerkungen über andere mit Syphilis verwechselte blasenbildende Krankheiten der Schleimhäute und der Haut (Köbner) 212.
— vulgaris chronicus 304.
— bei einem Säugling (Löwenstein) 374.
Pentosurie, eine neue Anomalie des Stoffwechsels (Salkowski) 442.
Peptonurie (Senator) 442.
Pergamenthaut 153.
Perifolliculitis atropho-pigmentosa bei einer kachektischen Frau mit frischer Syphilis (Tommasoli) 424.

Perifolliculitis necrotica (Janowsky) 476.
—, Trichophytische konglomerative (Pringle) 185.
Perihepatitis syphilitica 144.
Peruvianische Vasen mit Bildern von Kranken? (Ashmead) 200.
Pflastermulle (Rosenthal) 375.
Phlegmone, Ichthyol bei (Liscia) 36.
Phlyctaenosis streptogenes (Unna) 44.
Phosphatharngries, Zwei Fälle von primärem (Lavaux) 22.
Phthiriasis der Augenbrauen 325.
*Pieda nostras, Über die feineren Unterschiede zweier Fälle von (Trachsler) 1.
— —, Zwei Fälle von (Unna) 487.
Pigmentanomalien der Haut 320; — (Orlandi) 320.
Pigmentfärbung in mikroskopischen Schnitten etc. (Müller) 261.
Pigmenthypertrophie 95.
Pigmentsyphilis 95.
Pilzassoziation (Kommensalismus) 79.
Piperazin als Lösungsmittel für Harnsäuresteine im Urin (Fawcett) 493.
Piperazinwirkung, Beitrag zum Studium der (Gordon) 493.
Pityriasis alba atrophicans (Krösing) 251.
— rosea (Gibert) 564.
— — (Koch) 371; — (Crocker) 522.
— rubra (Cooper und Penny) 203.
— —, behandelt mit Thyreoidtabletten (Scatchard) 589.
— — pilaris 154; — (Mourek) 154; — (Schlömann) 206.
— versicolor 564.
Plaques muqueuses vomPräputium (Audry) 398.
*Plasmazellen. Kommen in den blutbereitenden Organen normalerweise P. vor? (Hodara) 53.
Plasmom, Favöses 143.
Platysma myoides, Bau und Entwickelungsgeschichte des quergestreiften Hautmuskels (Heitzmann) 155.
Pleuritis exsudativa während des Roseolastadiums der Syphilis (Ciarocchi) 78.
Pneumatocele cranii (Le Dentu) 325.
Pneumonia syphilitica, Ein Fall von (Figueiredo) 537.
*Pocken vor und nach Jenner (Voigt) 605.
—, Kasuistische Mitteilungen über zwei Fälle von wahren 19.
— in Willenhall (Hartill) 386.
— s. auch Variola.
Pockenepidemie in Dublin (Stafford) 660.
Pockenepidemien (Lemaire) 385.
Pockenfälle im Krankenhaus Friedrichshain, Die jüngsten (Fürbringer) 661.
*Polydipsie bei Syphilis (Staub) 11.
Polyeidocyten (Darier) 61.
Polymyositis parenchymatosa acuta im Anschluſs an Ulcus gangraenosum penis, Abortiver Fall von (C. Otto) 594.
Polyneuritis mercurialis (Leyden), Über ein der P. ähnliches, experimentell bei Kaninchen erzeugtes Krankheitsbild (Heller) 481.
— infolge von Quecksilbervergiftung (Spillmann und Etienne) 196.
„Porokeratosis", Eine seltene Form von Keratodermie (Mibelli) 475.
Priapismus (Friedmann) 523.
Primäraffekt an der Innenseite der Wange (Tschistjakow) 180.
— an der Oberlippe (Müller) 242.
— an der Vaginalportion 98.
— an der Zunge (Saalfeld) 371.
*Primula obconica, Urticaria durch (Geijl und van Praag) 173.
Prostata, Abtragung des Mittellappens bei einem 76jährigen Greise (Cox) 222.
—, Wirkung der Resektion der Vasa deferentia auf die (Guyon) 20.
—, Wirkungen der doppelseitigen Kastration auf die vergröſserte (Fenwick) 328.
—, Wirkungen der unilateralen Kastration auf die (Fenwick) 327.
Prostatacarcinom und krebsige Infiltration der linksseitigen supraklavikularen Lymphdrüsen (Pauly) 221.
— kompliziert mit spastischer Kontraktion der Blase (Liesching) 221.
Prostatadrüse, Vergröſserte, 18 Tage nach der bilateralen Kastration (Griffiths) 329.
Prostatahypertrophie, Beginnende, und Spermatorrhoe (Hogner) 220.
—, ein Beitrag zur Behandlung der (Manasse) 221.
—, Cathétérisme rétrograde bei (Routier) 21.
—, Jodkalium bei 222.
—, Kastration bei 272—276; — (Albarran) 21.
—, Orchotomie bei (Moullin) 327.
—, Resektion der Vasa deferentia als Ersatz der Kastration (Pavone) 222.
—, Unterbindung des Samenstranges (Mears) 223.
—, Doppelte Unterbindung der Vasa deferentia wegen (Brown) 258.
Prostata und Samenbläschen, Chronische Entzündung der (Feleki) 159.
Prostataoperationen, Perinealer Lappenschnitt bei (Veerhogen) 192. 420.
Prostataresektion bei den Prostatikern, Über die Indikationen der (Desnos) 21.
Prostatektomie, Suprapubikale, oder McGills Operationen (Robson) 222.
Prostatitis, Epididymitis und Orchitis geheilt durch Kastration (Francke) 192.
— follicularis blennorrhoica (Finger) 157.
Prostituierte zu Nishni-Novgorod (Wedensky und Cholewinska) 181. 444.

Prostitution, Ökonomische Seite der (Hutchinson) 263.
Protozoen, Geschwänzte Protozoen in frisch gelassenem, menschlichem Urin (Dock) 492.
Prurigo ferox (Joseph) 518.
— -Hebra 156.
— temporanea (Tommasoli) 52.
Pruritus auf gichtischer Grundlage (Morton) 315.
— ani, erfolgreich mit Unguentum conii behandelt (Bidie) 323.
— scrotalis (Brocq) 323.
— und Kraurosis vulvae (Benicke) 547.
— und andere hyperästhetische Zustände der Vulva und der Vagina, die Pathologie und Behandlung derselben (More Madden) 547.
Pseudoalopecia atrophicans (Heuss) 642.
Pseudohermaphroditismus (Schneller) 330.
Pseudo-Ichthyose (Pittet) 204.
Pseudoleukämie in den Lymphdrüsen, den Tonsillen, der Leber und der Milz (Philippson) 472.
Pseudolichen-Tommasoli 156.
Pseudoplasmazellen 62.
Psoriasis (Bouffé) 205.
—, Akute (Pini) 78.
—, Alte, behandelt mit Thyreoidextrakt (Preece) 589.
— conjunctivae palpebrarum [Psoriasis ophthalmica] (Sack) 475.
*Psoriasis der Nägel, Ein Fall von (Dubreuilh) 464.
— — — (M. Radt) 588.
— ophthalmica (Sack) 475.
— vaccinalis (Rioblanc) 195.
— und Arsenmelanose (Saalfeld) 519.
—, Behandlung mit Schilddrüsensubstanz (Thibierge) 24. 206.
—, Klinische Bemerkungen über (Bulkley) 587.
Psoriasisbehandlung (Joseph) 589.
Purpura (Joseph) 517.
— annularis telangiectodes (Majocchi) 80.
— -Ausschlag mit Ausgang in Gangrän, hervorgerufen durch salicylsaures Natrium (Shepherd) 257.
— haemorrhagica [Akutes exsudatives Erythem] (Fayrer) 657.
— senilis (Unna) 379.
Purpuraeruption der Finger (Du Castel) 650.
— thrombotica 257.
—, vorgetäuscht durch Milzbrandinfektion (Jaworski und Nencki) 593.
Pyelitis und Cystitis, Differentialdiagnose der (Schabert) 543.
Pyelonephritis, Dilatation der Ureteren und Cystitis bei einem fünfjährigen Kinde (Hunter und Edington) 544.
Pyelonephritis blennorrhoica, Gummata der Stirngegend und Pachymeningitis purulenta (Genova) 424.
Pyosalpinx, Reinzüchtung des Gonococcus bei (Wright) 603.
Pyrogallol 180.
Pyrogallolintoxikation (Vollmar) 583.
Pyrogallolsalbe, Onychomykosis, behandelt mit (Dubreuilh) 212.

Quecksilber im Harn, Empfindliche Methode zum Nachweis von (Jolles) 149.
—-Idiosynkrasie (Kulnew) 524.
—-Intoxikation mit Scharlacherythem nach hochdosierter Sublimatinjektion (Allgeyer und Sprecher) 376.
Quecksilberpräparate gegen die Syphilis, Wirksamste (Szadek) 585.
Quecksilbersalbe, Eine verbesserte (A. Philippson) 585.
Quecksilbersalben, Zwei neue (G. J. Müller) 585.
Quecksilbersalze, Ätiologie der Abscesse an den Injektionsstellen von löslicher (Omeltschenko) 583.
Quecksilber-Ureometer, Neues (Barbera) 390.
Quecksilbervergiftung, Mikroskopische Beiträge zur Kenntnis der (Eckmann) 584.
—, Polyneuritis infolge von (Spillmann und Etienne) 196.

Raynaudsche Krankheit (Castellino und Cardi) 322; — (Thomson) 375; — (Goodhardt) 518. 530.
Reinfektion, Syphilitische (Goldenberg) 536.
Rektalstriktur, Fibröse, mit Epikrisis (Löneberg) 51.
Renales Indigokonkrement (Forbes) 544.
Resektion der Vasa deferentia und ihr Einfluſs auf den Zustand der Prostata (Gyon) 20.
Resorbin (Müller) 83.
Retinitis bei angeborener Syphilis (Hirschberg) 266.
Retinochorioiditis 242.
Rheumatismus acutus nach Tättowierung (Williams) 325.
—, 19 Fälle von blennorrhoischem (Emery) 75; — (Mauriac, Hernet, Jaquet) 75.
—, Syphilis und venerische Krankheiten (Gamberini) 424.
Rhinoplastik, Totale (Jonnesco) 22.
Rhinosklerom 488.
— (Oro) 180.
Riesennaevus (Plonski) 518.

Riesenwuchs und hereditäre Syphilis (Fuchs) 540.
Riesenzellen 433.
Rosacea hypertrophica (Piffard) 23.
Roseola, Hemiparese im Stadium der (Budugow) 524.
—, Spät auftretende (Tschistjakow) 181.
— tardiva 501.
Roseolastadium der Syphilis, Pleuritis exsudativa während des (Ciarocchi) 78.
Roséole circinée (Fournier) 501. 505.
Rotz s. Malleus.
Rubeola (Dorn) 40.
Rubeolenartiges Exanthem infolge Arsenikgebrauchs 86.
Rundzellensarkom des weichen Gaumens; Heilung unter Arsenbehandlung (Boltz) 533.
— der Zunge (Durham) 318.
Rupia syphilitica, Zwei Fälle von 20.
— — bei maligner Syphilis 93.
Rupiaähnlicher Ausschlag nach Jodkalium 201.

Saccharomykosis hominis (Busse) 214.
Salben, Antibakterielle Wirkung der, mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Konstituentien auf den Desinfektionswert (Breslauer) 34.
Salbenbehandlung bei der chronischen Blennorrhoe, Über den Wert der (Isaak) 482.
Salbenkruken (Conrady) 51.
Salicylat und Thymolacetat, Wirksamste Quecksilberpräparate bei der Behandlung der Syphilis (Szadek) 585.
Salicyl-Kreosot-Pflaster, Lupusbehandlung mit (Dubreuilh und Bernard) 121.
Salol, Untersuchungen über die lokale Wirkung (Colombini) 38.
Salpingitis syphilitica 99.
Samenbildung, Einfluſs von Alter und Krankheit auf die (Simmonds) 533.
Samenbläschen, Chronische Entzündung der (Fuller) 220.
— und Prostata, Chronische Entzündung der (Feleki) 159.
— und Samenleiter, Kastration und Entfernung der, wegen Tuberkulose (Weir) 218.
—, Kolik der (Guépin) 219.
Samenstrang, Behandlung der Prostatahypertrophie mit Unterbindung des (Mears) 223.
— -Läsionen der einzelnen Bestandteile desselben und ihre Folgen für die Geschlechtsdrüse (Alessandri) 217.
—, Multilokuläre Lymphcyste des (Erdheim) 549.
Samenverluste — Impotenz — Sterilität (Rohleder) 45.
Sarkom, Blastomyceten im (Roncall) 318.
—, Disseminiertes, mit Hämorrhagien in der Haut (Railton) 318.
— des Kopfes, Ungewöhnliche Art von (Oro) 77.
—, Mediastinalsarkom oder Mediastinal-Lymphdrüsen-Gumma (Seidel) 101.
— des Samenstranges, Entwickelung von Knochengewebe in einem (Maylard) 49.
— des Testikels (Lawrie) 48; — (Morton) 49.
— des Unterkiefers (Audry) 396.
Sarkomatöse Wucherungen an der Brust eines jungen Mannes (Audry) 396.
Sarkome, Multiple kutane (Haslund) 318.
Saturnismus und Syphilis (Juliano Moreira) 589.
Scarlatina, Behandlung der 40.
—, Plötzlicher Tod im Verlaufe von (Douglas) 385.
— Übertragung durch einen Brief (Grasset) 385.
— Mikroorganismen im Blute von Skarlatinakranken (Czajkowski) 385.
Schälpaste gegen Aknepusteln (Hebra und Ullmann) 592.
Schanker des Augenlides, Harter (Danlos) 91. — s. auch Initialsklerose, Primäraffekt, Ulcus durum.
— The after Marriage Chancre (Hutchinson) 92.
—, Bacillus von Ducrey und Serienimpfungen des einfachen (Petrini) 208.
— der Bauchhaut, Multiple syphilitische (Fournier) 76.
—, Behandlung des einfachen (Audry) 516.
—, Extragenitale harte. Statistik. (Krzysztalowicz und Mayzel) 536.
—, Über herpetischen (Hutchinson) 92.
— des Kinns bei einem Kinde, Impetiginöser (Canuet) 650.
— der Mandeln, Syphilitischer (Broussc) 92.
—, Natur des weichen (Finger) 208.
— der Regio supraclavicularis, Weicher (Rouanet) 210.
— des Septum narium [Sous-Cloison] (D'Aulney) 195.
— und Tripper, Jodoformin bei (Güntz) 582.
Scharlachähnliche Rachenerkrankung von einem merkwürdigen Exanthem begleitet (Galatti) 527.
Scharlachartiger Rash bei Varicellen (Nissim) 659.
Scharlachepidemien 1884/85 und 1894/95 in der Münchener Garnison (Vogl) 384.
Scharlacherythem nach hochdosierter Sublimatinjektion (Allgeyer und Sprecher) 376.
Schichtungsblasen 300.
Schilddrüsenextrakt s. Thyreoidextrakt.
Schleimhautpapeln (Jakowlew) 182.

Schmerz als Krankheitszeichen (Guyon) 30.
Schuppenflechte und Gelenkerkrankungen (Eger) 205.
Schurzsuspensorium (Klaus) 216.
Schutzpockenimpfung, Albuminurie nach der (Peiper und Schnaase) 667.
—, Bericht über die im Jahre 1894 erschienenen Schriften über die (Voigt) 42.
— 1894 in Bayern (Stumpf) 387.
—, Betrachtung über 1400 (Lemaire) 665.
— und Blattern in Hamburg (Voigt) 533.
—, Verlauf bei einer Reihe abnorm schwächlicher Säuglinge und Kinder (Friedemann) 43.
Schwefel, seine Pharmakodynamik (H. Schulz) 585.
Schweifsdrüsen, Fibroma perniciosum der (Audry) 197.
Scrophulose 95. 150. 230.
— und Syphilis 94.
Scrophulotuberkulose 229.
Scrophulo-tuberkulöse Gummata 88.
Sectio hypogastrica (Jannesco) 21.
Seife, Scheichsche Wachs-Marmor-(Frank) 375.
— mit Holzfasern imprägniert (Rosenthal) 375.
Serum vaccinicum (Hlava und Honl) 388.
Serumtherapie der Syphilis (Spiegler) 268; — (Gilbert und Fournier) 268; — (Rochon) 269; — (Maxwell) 269; — (Kollmann) 269.
Serumtherapieversuche bei kondylomatösen Syphiliden (Wewiorowsky) 182.
— bei Lepra (De Luca) 77.
Serotherapeutische Experimente gegen die Infektionen durch die pyogenen Mikroorganismen und gegen das Erysipel (Parascandolo) 591.
Skarifikator mit drehbaren Schneiden (Vanghetti) 474.
Sklerodactylia annularis aïnhuamoides (v. Düring) 476.
Sklerodermie 95.
— (Fox) 245.
Somatose, Zur Kenntnis der (Reichmann) 38.
— bei Syphilis- und Merkurialkachexie (Eichhoff) 268.
Sperma, Zellen und Krystalle im (Moser) 219.
Spermatorrhoe und beginnende Prostatahypertrophie (Hogner) 220.
Spontangangrän auf Grund einer Gefäfserkrankung (Sternberg) 322.
*Spontankeloid, Multiples (Ravogli) 624.
Sporozoen der Variola (Clarke) 661.
Staphylokokken-Allgemeininfektion nach Varicellen, Akute (Brunner) 660.
Steine der Pars prostatica urethrae (Legueu) 26.
Steinlösende Mittel (Brenning) 82.
Sterilität und Geschlechtstrieb (Loimann) 144.
—, Samenverluste, Impotenz (Rohleder) 45.
Stoffwechselstörungen und Herpetismus (Condorelli) 531.
Stomatitis aphthosa [fibrinosa, pyogenes und impetiginosa] (Jadassohn) 591.
Streptococcus und Antistreptokokken-Serum (Marmorek) 262.
Strikturen 220.
*Strukturbildende Eigenschaft verschiedener Stoffe bei ihrer Einwirkung auf kolloide Substanzen (Liesegang) 177.
Subepidermidale Hautincision zur Vermeidung von Narben (Beck) 581.
Sublimatinjektionen in hohen Dosen bei der Syphilistherapie (Sprecher und Allgeyer) 542.
—, Intravenöse (Görl) 270; — (Dinkler) 270.
Sublimatinjektionskur, Relativer Wert der subkutanen S. bei Syphilis (Lewin) 270.
Succinimid-Quecksilberinjektionen, Subkutane (Herz) 271.
Suspensorium, Verbessertes (Manasse) 217.
—, Zweckmäfsiges (Krantz) 217.
Sykosis, Nicht parasitäre (Winfield) 313.
— menti (Eddowes) 186.
Symmetrische Gangrän der Extremitäten (Castellino und Cordi) 322.
Synovitis acuta syphilitica (Weiss) 588.
Syphilid, Kondylomatöses: Erste Versuche der Behandlung mit Blutserum gummöser Syphilitiker (Wewiorowsky) 182.
—, Langsam fortschreitendes (Morton) 313.
—, Serpiginöses (Joseph) 517.
Syphilide, Doldentrauben- 245.
—, Lupus tuberculosus und kleinpapelige (Petrini) 477.
Syphilis 150. 423. 427. 488. s. auch Lues.
*— (Petrini di Galatz) 229; — (Cooper) 258.
— -Geschichte (Virchow) 248.
—, Abwehr der Theorie vom amerikanischen Ursprung der (Puschmann) 89.
— in Livland (Trukart) 90.
— auf dem Lande, Kampf mit der (Frinovsky) 182.
— Wie der Arzt sich und andere infiziert (Fournier) 90.
— acquisita, Gröfse der Milz bei (Colombini) 97.
—, Galoppierende (Pellizzari) 93.
— — [Drei Fälle] (Lewin) 519.
—, Maligne (Schischa) 93.
—, Schwere (Ascoli) 93; — (Müller) 242; — (Trapesnikow) 523.

Syphilis, Schwere des Verlaufs extragenitaler (Fournier) 536.
—, Infantile (Boulengier) 540.
— insontium (Sherwell) 313.
— tardiva (Mosca) 79.
—, Typhöse 514.
—, Verkannte, nach Vaccination (Martha) 667.
—, Akute gelbe Leberatrophie bei frischer 97.
— der Conjunctiva, Primäre (Reiss) 652.
— der Haut, Über tuberöse (Schübel) 530.
— des Labyrinths (Möller) 538.
— des Oesophagus (Neumann) 485.
— der Vagina, des Uterus und seiner Adnexa (Neumann) 98.
— der Zunge (Ledermann) 243.
—, Erytheme bei (Rosenthal) 486.
— mit frühzeitigen neuropathischen Symptomen (Schaw) 99.
—, Affektionen des Nervensystems in der Sekundärperiode der 100.
— des Gehirns (Stieglitz) 99.
—, Rückenmarksleiden im kondylomatösen Stadium der (Ssemperowitsch) 523.
—, Langdauernde Erscheinungsformen der sekundären (Reanutt) 95.
— und Keratosis follicularis (Tommasoli) 424.
— oder Lupus (Heymann) 147.
— und Lupus 247. 248; — (Lustgarten) 247; — (Bronson) 248.
— mit konsekutiver multipler Knochenfraktur (Róna) 655.
—* und Malaria (Ruge) 333.
— und Merkurialkachexie, Somatose bei (Eichhoff) 268.
—, Polydipsie bei (Staub) 11.
— und Saturnismus (Juliano Moreira) 539.
— und Schwangerschaft (Lefour) 94.
— Zusammenhang mit progressiver (Sokolowski) 100.
— und Tabes dorsalis (Cardarelli) 539.
— Einfluſs auf die Tabes (Cardarelli) 100.
— und Tuberkulose, Assoziation von (Polain) 89.
—, Tertiäre Periode der (Mauriac) 102.
— Schwere tertiäre, Drei Fälle von (Olivari) 539.
—, Untersuchungen über einige schwere Fälle tertiärer (Campana und Olivari) 80.
— der Leber (Litten) 252.
— Umschriebener, gummöser, nicht ulcerierter Tumor im Kehlkopf (Tschlenow) 101.
—, Verwachsungen und Verengerungen im Rachen und Kehlkopf infolge von (Heymann) 96.
Syphilis der Nase, Tertiäre (Lermoyez) 102.
—, Beiträge zur Dermatologie und. Festschrift für G. Lewin 479.
—, Blutveränderungen durch (Justus) 536; — (Falcone) 536.
—, Rheumatismus der venerischen Krankheiten und der (Gamberini) 424.
—, Behandlung der (Mauriac) 489; — Saalfeld) 542.
—, Therapeutische Versuche bei (Jarisch) 541.
—, Gegenwärtiger Stand der Therapie (Petersen) 267.
— Über die Behandlung der S. mit Jodquecksilberhämol (Rille) 471.
— Die Behandlung der S. mit subkutanen Quecksilberinjektionen (Mankiewicz) 484.
—, Sublimatinjektionen in hohen Dosen bei der (Sprecher und Allgeyer) 542.
— und Hydrotherapie (Breyer) 271.
— Behandlung mit intramuskulären Injektionen von Kalomelöl (Hirschberg) 269.
— Intravenöse Sublimatinjektionen (Görl und Dinkler) 270.
— Relativer Wert der subkutanen Sublimatinjektionskur (Lewin) 270.
— Subkutane Injektionen von Succinimid-Quecksilber (Herz) 271.
—, Serumtherapie bei 268. 269.
— Schwere, erfolglos mit Hammelblutserum behandelt (Kollmann) 269.
— -Lokalbehandlung (Raymond) 272.
— hereditaria (Mousson) 102.
— — als ätiologisches Moment Littlescher Krankheit 266.
— — Genese der (Caspary) 414.
— —, ausgezeichnet durch ungewöhnliche Schwere etc. (Mathewson) 103.
— — mit beträchtlicher Milzschwellung (Corslaw) 103.
— — neonatorum, Todesursache der letzteren (Pawlow) 181.
— — und paroxysmale Hämoglobinurie (Courtois und Suffit) 103.
— — tarda (Baumel) 267.
— — — bei einer 53jährigen Patientin (Fournier) 647.
— Hereditäre, und Infantilismus (Gaston und Barasch) 649.
— Die hereditäre S. in ihren Beziehungen zur Entwickelung von Krankheiten des Nervensystems (Mendel) 484.
— Spastische Hemiplegie infolge ererbter (Sorel) 423.
—, Infantile allgemeine Paralyse auf Grund hereditärer (Régis) 266.
—, Motilitätsstörungen bei der hereditären (Reuter) 266.
—, Hereditäre Augen- (Galezowski) 76.

Syphilis, Netzhautentzündung bei angeborener (Hirschberg) 266.
—, Kniegelenkaffektion auf Grund hereditärer (Thomson) 540.
— und Riesenwuchs, Hereditäre (Fuchs) 540.
—, Wenig beachtetes Symptom der hereditären (Krisowski) 540.
—, Behandlung der hereditären 267; — (Guida) 267.
Syphilitische, arterielle Aneurysmen (Brouardel) 648.
— Endocarditis (Israel) 537.
— Erkrankungen des Herzens (Loomis) 537.
— Dermatosen (Mantegazza) 472.
— Akne (Mantegazza) 473.
— Ausfall der Haare (Petersen) 524.
*— Erytheme, Circinäre (Nielsen) 500. 555.
— Exantheme mit nicht syphilitischen Hautveränderungen kombiniert (Ehrmann) 94.
— Balanitis (Audry) 398.
— Infektion, Über extragenitale (Joseph) 482.
— — durch die Placenta (Pellizari) 90.
— Schanker (Balzer) 198.
— — der Corpora cavernosa penis (Batut) 101.
— — der Lippe ohne Drüseninfiltration und Induration (Danlos) 648.
— — der Innenseite der Wange (Tschistjakow) 180.
— Iritis (Fournier) 99.
— Labyrinthitis (Forselles) 538.
— Lebercirrhose 194.
— Lymphom der Zunge (Audry) 398.
— Affektionen der Nase (Stangenberg) 538.
—, Papeln ähnliche Neubildungen am Anus (Ussas) 523.
— Pneumonie, Ein Fall von (Figueiredo) 537.
— Reinfektion (Clemente) 425.
— Salpingitis 99.
— akute Synovitis (Weifs) 538.
— Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand, Flächenhafte (Lieven) 96.
Syphilisbacillus, Der (van Niessen) 489.
Syphilisformen, Schreckliche (Petersen) 524.
Syphilisgift, Elimination des (Lee) 91.
—, Eintrittspforten des (Dubois-Havenith) 90.
Syphiloderma pigmentarium (Frattali) 80. 95. 193.
Syphilom des Hodens, Tertiäres (Audry) 398.
Syphilophobie (Benda) 479.
System of genito-urinary diseases, Syphilidology and Dermatology (Morrow) 33.
Tabes, Einfluſs der Syphilis auf die (Cardarelli) 100.
— dorsalis und Syphilis (Cardarelli) 539.
Talgdrüsen-Naevi, Histologie der (Jadassohn) 188.
Tättowierte Haut (Audry) 399.
Tättowierung, gefolgt von akutem Rheumatismus (Williams) 825.
— durch Elektrolyse entfernt (Heller) 375.
—, Inokulationstuberkulose infolge von (Collings und Murray) 265.
Tegumentum (triangulare) perforatum (Schreiber) 224.
Temperaturvariationen unterhalb der Norm (Missale) 578.
Terpentinöl, Behandlung nicht suppurierter Bubonen mit intraglandulären Injektionen von (Rondelli) 595.
Tertiarismus, Ätiologische Momente (Mauriac) 102.
Thompsonsche Probe, modifizierte, ihr diagnostischer Wert bei Urethritis posterior (Goldenberg) 602.
Thrombus 438. 439. 440. 449. 450—453. 457.
Thymolacetat und Salicylat, Wirksamste Quecksilberpräparate bei der Behandlung der Syphilis (Szadek) 585.
Thyreoidbehandlung bei Ichthyosis (Nobbs) 589.
Thyreoidextrakt, Lupus behandelt mit (Morris) 246.
—, Myxödem behandelt mit (Edler) 321.
—, Psoriasis behandelt mit (Thibierge) 24; — (Preece) 589.
— bei universeller Alopecie (Mackenzie) 322.
Thyreoidtabletten, Pityriasis rubra behandelt mit (Scatchard) 589.
Tinea barbae (Stowers) 186.
— capitis (Ohmann-Dumesnil) 207.
Todesursache hereditär syphilitischer Neugeborener (Pawlow) 181.
Toxizität des Urins von Leprösen, Klinische und experimentelle Untersuchungen über die (Thorel) 474.
Tractus ciliare, Gumma des (Oswalt) 422.
Transplantation nach Thiersch (Auerbach, Jottkowitz, Schultheiss) 580.
Trichophytie 564.
— (Joseph) 145; — (Lewin, Rosenthal, Ledermann) 145; — (Wälsch) 653.
— beim Menschen (Ducrey und Reale) 79.
—, Beobachtungen über die (Giovanni) 591.
—, Fibroma cutaneum bei (Collavitti) 79.
—, Exotische (Courmont) 591.

Trichophytie der Mundschleimhaut, Primäre (Giletti) 591.
— der Fingernägel 212.
— der Kopfhaut bei einem 16½jährigen Knaben (Tailhefer) 206.
— tonsurans maculo-squamosa der Haut mit Onychogryphosis etc. (Collavitti, Campana) 79.
Trichophytonpilz, Dauerfärbungen des (Adamson) 85.
—, Kulturen von verschiedenen Arten (Adamson) 520.
—, Weitere Studien über den (Krösing) 655.
Trichophytische konglomerative Perifolliculitis (Pringle) 185.
Trichorrhexis capillitii 323; — (Tánago) 323.
— nodosa (Petersen) 523.
— — barbae, Bakteriologische Untersuchung von (Essen) 191.
Tripper, s. auch Blennorrhoe, Gonorrhoe, Urethritis.
—, Chronischer, Behandlung nach Oberländer und Kollmann (Hodara) 25.
— mit Komplikationen der Gelenke und der Haut: Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen (Colombini) 196.
— — —, Mikroskopische Untersuchungen über den (Powarnine) 600.
— und Schanker, Jodoformin bei (Güntz) 582.
Trophische Störungen bei Blennorrhoe (Jeanselme) 604.
Tuberculosis verrucosa cutis (Schultzen) 20; — (Joseph) 145; — (Meissner) 195. 518; — (Lewin) 145.
— der Conjunctiva (Silex) 519.
— der Tonsille (Stewart) 535.
Tuberkulose 150. 220. 230. 488.
—, Experimentelle Untersuchungen über die chirurgische (D'Urso) 265.
— der Nieren (Braun) 159.
— der Samenbläschen und Samenleiter (Weir) 218.
— des Vorderarmes und der Hand (Du Castel) 650.
— und Syphilis, Assoziation von (Polain) 89.
Tuberkulöses und lepröses Darmgeschwür (Reisner) 225.
Tumor im Scrotalsack (Joseph) 517.
— über der rechten Scapula (Stowers) 522.
Tumoren am Anus, Syphilitischen Papeln ähnliche (Ussas) 523.
—, Ungewöhnliche, der Vulva (Taylor) 545.
—, Beitrag zur Kasuistik der voluminösen T. in den ersten Lebensjahren (Carini) 472.
Tunica vaginalis, Ausspülungen derselben mit destilliertem Wasser bei Hydrocele (Riva) 46.
— — testis dextri, Radikaloperation wegen kongenitaler Hydrocele der (Morton) 47.
Tylosis der Fufssohle, Hyperidrosis mit eigentümlicher (Perry) 246.

Ulcus cruris (Ussas) 523.
— — mit Unguentum hydrargyri rubri erfolgreich behandelt (Langes) 320.
— durum ani (Heuss) 458.
— — der Finger, Zwei Fälle von (Schwimmer) 524.
— — der Unterlippe (Heuss) 459.
— gangraenosum penis, Abortiver Fall von Polymyositis parenchymatosa acuta im Anschlufs an (C. Otto) 594.
— molle, Mikrobion des (Colombini) 209.
— — am Finger (Joseph) 145; — (Lewin) 145; — (Mankiewitz) 145.
— —, Therapie des (A. Neisser) 594.
—, Phagedänisches (Frank) 373.
— serpiginosum (Fiocco) 473.
— der Prostituierten (Mazza) 81.
— rodens, Zwei Fälle von (Hallopeau und Jousset) 649.
Ulerythema sykosiforme 139. 142.
Unguentum caseini, Zur Konservierung von (Troplowitz) 39.
— conii, Pruritus ani erfolgreich behandelt mit (Bidie) 323.
— hydrargyri rubri, Ulcus cruris erfolgreich behandelt mit (Langes) 320.
Uratdiathese, Zur Diagnose und Therapie der (Rosenfeld) 495.
Ureteren, Beitrag zum Studium der Ausmündungsanomalien der Ureteren und zur Überpflanzung derselben auf die Blase (Colzi) 496.
— beim Maune, Zum Katheterismus der (Nitze) 495; — (Casper) 495.
—, Katheterisation der männlichen (Gaither) 201.
Ureteritis chronica cystica, Über die parasitäre Natur der (Pisenti) 496.
— cystica (Kahlden) 542.
Uretero-Vaginalfisteln (Bumm) 545.
Uretertumoren, Beitrag zum Studium der (Jona) 496.
Urethra anterior, Kapazität der (Dreysel 573.
— posterior, Kapazität der (Dreysel) 574.
— —, Trichterbildung in der (Dreysel) 574.
Urethraldefekt infolge eines phagedänischen Schankers, Ein Fall von (Frank) 485.
Urethralinfektion, Verhütung der blennorrhoischen (A. Neisser) 596.

Urethritis s. auch Blennorrhoe, Tripper.
—, Alte (Audry) 399.
— blennorrhoica behandelt nach Janet (Möller) 653.
— chronica und Ulcus simplex contagiosum (Campana) 192.
— glandularis bei der Frau, mit Cystenbildung verbunden (Verchère) 601.
— membranacea desquamativa (Aschner) 601.
— posterior und Komplikationen (Ingria) 602.
— — und diagnostischer Wert der modifizierten Thompsonschen Probe (Goldenberg) 602.
Urethrotom, Ein neues (Bulhoes) 254.
Urethro-Prostatitis chronica, Zur Behandlung der (Lohnstein) 484.
Urethroskopie nach Nitze-Oberländer und Behandlung des chronischen Trippers nach Oberländer und Kollmann (Hodara) 25.
Urethro-vaginaler Abscefs (Green) 545.
Urin, Über einen Fall von grünem (Garrod) 492.
—, Cholestearin im (Glinski) 492.
—, Geschwänzte Protozoen in frisch gelassenem, menschlichem (Dock) 492.
— von Leprösen, Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Toxizität des (Thorel) 474.
—, Neuer Nachweis der Abwesenheit von Zucker im (Johnson) 332.
Uringeruch, Mittel gegen penetranten (Brassert) 330.
Urininfiltration (Wiesinger) 532.
Urobilinurie beim Kinde (Giarre) 443.
Urocedin Stroschein bei harnsaurer Diathese (Holtz) 494.
— —, Einiges über das (Langstein) 495.
Urticaria 435.
— (Figneiredo) 377.
— -Asthma infolge des Genusses von Muscheln (Martin) 377.
— behandelt mit Calciumchlorid (Wright) 658.
— durch Primula obconica? (Gejl und van Praag) 173.
— chronica bullosa 304.
— — recidiva, Häufiger vorkommende Frage von (Schütz) 377.
— — perstans papulosa (Fabry) 415.
— papulo-bullosa 304.
— pigmentosa (Morrow) 198; — (Adamson) 183; — (Winternitz) 312; — (C. Fox) 520; (Perry) 521.
— — xanthelasmoides und Urticaria chronica perstans papulosa (Fabry) 415.
— simplex und pigmentosa mit besonderer Berücksichtigung der Mastzellen für die Pathogenese der Urticaria pigmentosa, Histologie der (Bäumer) 572.
Urticariaquaddel 435.
Vaccination vor Jenner (Pauli) 663.
—, Segen der (Steele) 664.
—, Keine Heirat ohne 664.
—, Beiträge zur Lehre der (Hainiss) 664.
— als Zweig der präventiven Medizin (Hart) 665.
—, Infektionen bei (Dobson Poole) 666.
—, Verkannte Syphilis nach (Martha) 667.
— und Blattern in Birmingham (Hill) 386.
— — in Walsall (Wilson) 386.
•Vaccine, Humanisierte und animale (Paschen) 618.
—, Die falsche (Berthier) 666.
—, Modifizierte (Raymond) 667.
Vaccineerreger-Züchtung in dem Kornealepithel des Kaninchens, Meerschweinchens und Kalbes (Pfeiffer) 666.
Vaccineexanthem, sein Einfluſs auf die äuſserliche Lokalisation gewisser Mikrobien (Arloing) 666.
—, Atypischer Fall von (Arloing) 667.
Vaccine-Immunität (Friedländer) 388; — (Beumer und Peiper) 388.
—, Nachweis von Schutzstoffen im Blutserum bei (Rembold) 389.
Vaccineprozefs (Sobotka) 387.
Vaccineserum bei der Behandlung der Variola (Eliot) 662.
Vaccineübertragung, Fall von (Krouenberg) 665.
Vaginaler, Urethro-v. Abscefs (Green) 545.
Vaginalfisteln, Uretero- (Bumm) 545.
Varicella (Cassel) 41.
Varicellen, Schwerer Fall von (Philipps) 659.
— mit scharlachartigem Rash (Nissim) 659.
— mit Gangrän des Scrotums (Spivak) 659.
Varicenbehandlung mit Injektionen einer Jod-Tannin-Lösung (Delore) 320.
Varikocele, Ätiologie (Tolmey) 49.
Variköse Dermatitis (Audry) 399.
— Geschwüre, Behandlung mit Aloetinktur (Coffin) 422.
Variola-Ätiologie (Bay) 661.
— Diagnose und -Prognose (O'Carrol) 661.
— -Behandlung im roten Lichte (Finsen 661.
— Serumtherapieversuche mit Serum vaccinierter Rinder (Béclère) 661.
—, Vaccineserum bei der Behandlung der (Eliot) 662.
—, Finden sich Schutzstoffe im Blutserum von Individuen, welche V., bzw. Vaccine überstanden haben? (Landmann) 42.
— und Schutzpockenimpfung in Hamburg (Voigt) 533.
— und Vaccination in Oldham 662.
— — in Bristol (Davies) 662.

Variola und Vaccination in Wolferhampton (Malet) 662.
— — in Manchester (Niven) 663.
— und Vaccine (Courrent) 662.
— —, Sporozoen der (Clarke) 661.
— —, Unität von (Layet) 663.
—, Toxizität des Urins bei (Auché und Jonchères) 42.
Variolaparasit (Sicherer) 385.
Variolisation, Einstige und moderne (Hervieux) 663.
Variolois nach erfolgreicher Wiederimpfung (Marby) 663.
Vas deferens, Experimentelle Wiedervereinigung des quer durchschnittenen (van Hook) 218.
Vasen, Peruvianische, mit Bildern von Hauthautkrankheiten (Ashmead) 200.
Venenligatur, Behandlung der Impotenz durch (Raymond) 46.
Venerische Krankheiten, Geschichte der (Proksch) 426.
— — bei den alten Israeliten (Loebel) 90.
— — in Schweden (Kjellberg) 263.
— —, Beurteilung der Verbreitung in verschiedenen Ländern (Bondesen) 263.
— —, Syphilis und Rheumatismus (Gamberini) 424.
Veränderungen der Haare und Nägel, Familienerkrankung, bestehend in (Nicolle und Halipré) 25.
Verbrennungen, Behandlung von 380.
Vestre-Hospital in 1894 (Bergh) 33.
Vitiligo 249.
— (Morton) 314.
—, Pathogenese der (More) 321.
— cum Alopecia (Heuss) 638.
Volksseuchen, Geschichte der (Lersch) 259.
Vulva, Gangrän der (O'Hagan) 546.
—, Ungewöhnliche Neubildungen der (Taylor) 545.
— und Vagina, Pathologie und Behandlung des Pruritus und anderer hyperästhetischer Zustände der (More Madden) 547.
—, Pruritus und Kraurosis der (Benicke) 547.
Vulvavaginitis bacterica bei einem neugeborenen Mädchen (Klamann) 546.

Warze, Gestielte 73.
—, Seborrhoische 186.
Werlhofsche Krankheit, vorgetäuscht durch Milzbrandinfektion (Jaworski und Nencki) 593.
Wundbehandlung, Neue Form antiseptischer (Schleich) 580.
Wunddiphtherie mit Diphtheriebacillen bei gleichzeitigem Vorhandensein letzterer im gesunden Rachen (Schottmüller) 215.
Wundscharlach (Brunner) 380.
Wundverschluſs, an Stelle der Wundnaht, Neuer aseptischer (Schürmayer) 579.

Xanthoma nodosum glycosuricum (Majocchi) 81.
Xeroderma (Eddowes) 186.
— pigmentosum (Lukasiewicz) 152.

Zahnfleischgeschwür (Winfield) 315.
*Zellige Veränderungen an der Wand des aktinomykotischen Prozesses (Audry) 553.
Zoster brachio-ulnare mit Verdickung des Nerven (Breda) 81.
— cervico subclavicularis 86.
Zucker im Harn, Wert der meisten gebrauchten Proben für Nachweis (Jolles) 389.
Zunge, Parasitäre Neubildung auf der (Porak) 423.
—, Syphilis der (Ledermann) 243.
—, Rundzellensarkom der (Dunham) 318.
—, Carcinom der (Jadassohn) 520.
Zungengumma (Löwenstein) 373.
Zungensyphilid, Polypenartiges (Audry) 198.
Zungentuberkulose (Jakowlew) 182; — (Tarnowsky) 182.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abraham, Pemphigus 185.
— Lupus erythematosus sebaceus 185.
— Dermatitis herpetiformis 185.
— Lepra 186.
Adami 256.
Adenot 145.
Adamson, H., Bemerkungen über Dauerfärbungen des Trichophytonpilzes 85.
— Fall von Urticaria pigmentosa 183.
— Kulturen von verschiedenen Arten des Trichophytonpilzes 520.
Albarran, Die Kastration bei Prostatahypertrophie 21.
— 80 Fälle von Lithotritie 21.
— Eine neue Art von Incontinentia urinae 252.
— 21.
Alber 441.
Albers-Schönberg, Ein Fall von cyklischer Albuminurie 392.
Albertoni, 390.
Allen, G. W., Chronische Entzündung der Samenbläschen 219.
— Fall zur Diagnose 247.
— 23. 24. 200. 247. 248.
Alessandri, R., Die Läsionen der einzelnen Bestandteile des Samenstranges und ihre Folgen für die Geschlechtsdrüse 217.
Alexander, S., Beiderseitige Kastration wegen Prostatahypertrophie 275.
— 275.
—, L., 481.
Allgeyer und F. Sprecher, Ein Fall von Quecksilberintoxikation mit Scharlacherythem nach hochdosierter Sublimatinjektion 376.
— — Beitrag zum Studium der Sublimatinjektionen in hohen Dosen (0,02—0,5) in der Syphilistherapie 542.
Alingrin 280.
Alsberg, Zur Dystopie der Nieren 532.
— 319.
Amicis, de, Über eine besondere Form gummöser Infiltration 79.
— 81. 629.
Anderson, M'C., 641.
Arloing, Über den Einfluſs des Vaccineexanthems auf die äuſserliche Lokalisation gewisser Mikrobien 666.
— Ein atypischer Fall von Vaccineexanthem 667.
Arning 225. 369. 415.
Aschner, Ein Fall von Urethritis membranacea desquamativa 601.
— Referate 526. 665.
Ascoli, Schwerer Fall von Syphilis 93.
Ashmead, A. S., Photographien von zwei alten peruvianischen Vasen 200.
Astruc 89.
Aubert 596.
Auché und Jonchères, Die Toxicität des Urins bei der Variola 42.
Audrain, J., Beitrag zum Studium der Alopecie 194.
*Audry, Ch., Über einige zellige Veränderungen an der Wand des aktinomykotischen Prozesses 553.
*— Über die Mastzellen 393. 421.
*— Behandlung des einfachen Schankers 516.
— Über das Fibroma perniciosum der Schweiſsdrüsen 197.
— Über ein polypenartiges Zungensyphilid. Lymphangiectasia syphilitica 198.
— Über Folliculitis granulosa der Haut 198.
— 369.
Auerbach, Jottkowitz und Schultheiſs, Beiträge zur Transplantation nach Thiersch 580.

Augagneur 46.
d'Aulney, Ein Fall von Schanker des Septum narium (Sous-Cloison) 195.
Auspitz 92. 427. 428. 431.
Azua 408.

Babes, Über eine besondere Form des Pemphigus malignus 474.
— Beobachtungen über metachromatische Körper, Sporen, Ramifikationen und Kapseln bei pathogenen Bakterien 531.
— und Pop, Über die Ätiologie der hämorrhagischen Infektionen 531.
— und Zambilovici, Untersuchungen über Noma 531.
— 164.
Bacelli 270. 271.
Bachmann, Fr., Airol als Wundstreupulver, besonders zur Behandlung der verletzten Arbeiterhand 581.
Bachus, G., Über Herzerkrankungen bei Masturbanten 45.
Bäumel, Syphilis hereditaria tarda 267.
Bäumer, E., Beiträge zur Histologie der Urticaria simplex und pigmentosa mit besonderer Berücksichtigung der Mastzellen für die Pathogenese der Urticaria pigmentosa 572.
Balducci, Über Chinineruptionen 376.
Ballin, Über den syphilitischen Schanker 376.
Balzer, Über ein eigentümliches Antipyrin-Exanthem 198.
— 127. 137. 140. 575.
Bangs, 274. 275.
Barasch und Gaston, Hereditäre Syphilis und Infantilismus 649.
Barbera, Ein neues Quecksilber-Urometer 390.
Bard, Über den Fortbestand von Eiweifs im Urin nach der Heilung von akuten epithelialen Nephritiden 440.
Bardeleben 380.
Bärensprung 428.
Bargum, Der Befund des Rückenmarkes und peripherer Nerven bei einem Falle von hochgradigem Pemphigus foliaceus 533.
Barlow 379.
Barrs, A., Ein Fall von urämischer bullöser Dermatitis 194
Barthélemy 74.
Bassereau 428.
Bassin 48.
Bastianelli, Ätiologische Studie über die Infektion der Harnwege 259.
Bateman 379.
Batut, Zwei Fälle von syphilitischer Induration der Corpora cavernosa penis 101.
Baudouin, Vier Fälle von Phthiriasis der Augenbrauen 325.
Bauer 106. 117. 118.
Baumann 297.
Bay, Ch., Untersuchungen über die Ätiologie der Pocken 661.
Bazin 305. 371.
Bechert und Caspary, Bericht über das zweite und dritte Jahr (1. Nov. 1893 bis 31. Okt. 1894) der Poliklinik für Hautkranke an der Universität Königsberg 550.
Beck, C., Subepidermidale Hautincision zur Vermeidung von Narben bei Gesichts- und Halsoperationen 581.
— 311.
Béclère, Über Serumtherapieversuche bei Variola mit Serum vaccinierter Rinder 661.
Bedensky, Über die Erkrankungen der Prostituierten auf dem Jahrmarkt in Nishny-Novgorod 444.
Beer, Über die Bedeutung der Ödeme in praktischer Beziehung 150.
Beevor, Thyreoidextrakt bei universeller Alopecie 322.
Behm 43.
Behrend 1. 2. 3. 4. 5. 10. 644.
Belfield 274.
Bell, B. 427.
Benda, Th., Syphilophobie 479.
Bender 468.
Benicke, F., Pruritus und Kraurosis vulvae 547.
Bergh, R., Vestre-Hospital in 1894 33.
— 502. 503.
Berg, Fr. 267.
Bergengrün, Topographisches über den Bacillus leprae, mit Demonstrationen mikroskopischer Präparate 437.
Berliner, C., Referate 24. 37. 39. 49. 85. 86. 159. 185. 186. 192. 194. 202. 221. 222. 247. 248. 258. 259. 266. 272. 273. 274. 317. 318. 319. 320. 322. 323. 326. 327. 328. 329. 377. 381. 382. 384. 386. 419. 472. 493. 494. 522. 531. 534. 535. 546. 547. 549. 578. 579. 587. 589. 592. 593. 604. 656. 659. 661. 662. 663. 664. 668.
— 462. 629.
*Bernard und Dubreuilh, Die Behandlung des Lupus mit Salicyl-Kreosot-Pflaster 121.
Berthier, Über die falsche Vaccine 666.
Besnier 74. 154. 197. 408. 416. 500. 501. 564. 588. 590. 642. 644. 645. 646. 647. 648. 649.
Beumer und Peiper, Zur Vaccineimmunität 388.
Bezeth 620.
Bézy, Fall von Diplegia brachialis heredosyphilitischen Ursprungs 266.

Bidie, Pruritus ani, erfolgreich mit Unguentum conii behandelt 323.
Bidwell, Lymphangioma 185.
Bill 280.
Binz und N. Zuntz, Über Wirkungen und Verhalten des Nosophens im Tierkörper 38.
— 89. 283.
Birnbach, Über Noma 215.
Biro 527.
Bishop, Senn und Hyde, Ein Beitrag zum Studium des Mycetoms des Fufses, wie es in Amerika vorkommt 255.
Bittner, Wilhelm, Kasuistische Mitteilungen 224.
Blackwood, W., Über Europhen 35.
Blaschko 190. 270. 372. 373. 374. 585.
Bleile, Ein Nährboden für Bakterien 262.
Bloch, O., Bemerkungen über den „eingewachsenen Nagel" der grofsen Zehe 380.
Block, F., Über Bubonenbehandlung 210.
— J. 630.
Blokusewski 596.
Blöndal, J., Dr. Edw. Ehlers Berichte über die Leprakrankheit auf Island 87.
Bockhart 660.
Bodilly, Ist Krebs erblich? 317.
Boeck 562.
Böhmer 168.
Bogolinsbsky 119.
Bohland 330. 482.
Bohn 609.
Boiffin, Fall von vollständiger Epispadie 22.
Bollinger 43. 620.
Boltz, R., Heilung eines Falles von Rundzellensarkom des weichen Gaumens unter Arsenbehandlung 533.
Bonaduce 268.
Bondesen, Beiträge zur Beurteilung der Verbreitung der venerischen Krankheiten in den verschiedenen Ländern 263.
Bönig, Zur Behandlung des Lupus 88.
Bouchard 99.
Bouffé, Die Psoriasis und ihre Behandlung 205.
Boulengier, Über infantile Syphilis 540.
Bowen, J. T., Die Epitrichialschicht der Epidermis und ihre Beziehung zur Ichthyosis congenita 200.
Boyd, St. und Manson, Ein Fall von Guineawurm (Filaria vel Drancunculus Medinensis) 656.
Brandau 324.
Brasher, Scharlachartiger Ausschlag bei Influenza 377.
Brassert, Mittel, welche den penetranten Uringeruch bekämpfen 330.
Braumann 501. 502. 505. 513. 514. 515. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 564. 565. 567.
Braun, H., Über Nierentuberkulose 159.
Breda, Fall von Zoster brachio-ulnare mit Verdickung des entsprechenden Nerven 81.
— Fall von Lichen neuroticus 78.
— Beitrag zum klinischen und bakteriologischen Studium der brasilianischen Framboesie oder „Boubas" 150.
— Framboesie 212.
— Framboesia brasiliana (Bouba) der Augenlider 473.
— Dermatobia noxialis (Cuterebra noxialis, Goudot) 325.
— 81.
Bref 595.
Bregman, L. E., Über zwei Fälle von ungewöhnlichem, akutem Hautödem 376.
Breisky 547. 548.
Brenning, M., Über steinlösende Mittel 82.
Breslauer, E., Über die antibakterielle Wirkung der Salben mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Konstituentien auf den Desinfektionswert 34.
Breyer, Lues und Hydrotherapie 271.
Britto 377.
Brocq, L., Pruritus scrotalis 323.
—, Über einen Fall von ekzematiformem Ausschlag der Nase; Malaria als Ursache 421.
— Die Diätetik bei den Dermatosen 480.
— 52. 156. 304. 369. 371. 589. 644. 645. 646. 647.
Broccheri und Campana, Die Lepra auf das Rückenmark der Tiere nicht übertragbar 80.
Bronson, Fall von Lupus und Syphilis 248.
— 22. 24. 257.
Brooke 246.
Brouardel, G., Zwei Fälle syphilitischer arterieller Aneurysmen 648.
Broussais 427.
Brousse, Klinische Formen des syphilitischen Schankers der Mandeln 92.
Brown, F. T., Ein Fall von doppelter Unterbindung der Vasa deferentia wegen Prostatahypertrophie 258.
— 429. 430.
Brown-Séquard 320.
Bruhns, C., Mehrere Fälle von akuter Nephritis bei Ekzem 202.
Brunner, C., Bemerkung zu der Mitteilung von P. G. Unna „Zur Immunität des Knäueldrüsenapparates gegen Eiterkokken" 579.
— Eine Beobachtung von akuter Staphylokokken-Allgemeininfektion nach Varicellen. Zur Ausscheidung der Mikrobien durch die Sekrete 660.
— Über Wundscharlach 380.

Bryk 114.
Buchanan, G., Ein Fall von Paraffinkrebs 317.
— Ein Fall von sarkomatös gewordenem Naevus 326.
Buchner, Notizen zur Harnuntersuchung 331.
Bucknill, R., Ein Fall von zufälliger Kuhpockenerkrankung beim Menschen 666.
Budde 392.
Budugow, Hemiparese im Stadium der Roseola 524.
Bueger 20.
Bütschli 289. 356. 357.
Bujwid, Gonococcus als Ursache pyämischer Abscesse 604.
Bulhoes, Ein neues Urethrotom 254.
Bulkley, D., Klinische Bemerkungen über Psoriasis 587.
— 22. 23. 24. 257. 371.
Bull 392.
Bumm, Uretero-Vaginalfisteln 545.
Burchardt, Über hereditär-luetische Hornhautentzündungen 146.
— 19. 20.
Buret 90.
Buschan, Georg, Die Brown-Séquardsche Methode (Organsaft-Therapie) und ihr therapeutischer Wert 489.
Busse, Otto, Über Saccharomykosis hominis 214.
Butte, Enthaarungsmittel 327.
Buttersack 19.
Buttle 601.

Cabot, Drei Fälle von somnambulistischer Masturbation 45.
Caesar, R. T., Die Radikalbehandlung des Lupus 88.
Campana, Beitrag zum Studium der Modifikationen in der Hautfärbung im physiologischen Zustande einiger Tiere und bei einigen Hautkrankheiten 79.
— Die Urethritis chronica und das Ulcus simplex contagiosum 192.
— und Broccheri, Die Lepra auf das Rückenmark der Tiere nicht übertragbar 80.
— und Olivari, Klinische und hämatologische Untersuchungen über einige schwere Fälle tertiärer Lues 80.
— 80. 81. 425.
Canon 385.
Canuet, Herpes gestationis und Kindermortalität 650.
— Impetiginöser Schanker des Kinns bei einem Kinde 650.
Canzler 606.
Cardarelli, A., Der Einfluſs der Syphilis auf die Tabes dorsalis 100. 539.
Cardi und Castellino, Über symmetrische Gangrän der Extremitäten (Raynaudsche Krankheit) 322.
Carini, Beitrag zur Kasuistik der voluminösen Tumoren in den ersten Lebensjahren 472.
Carruccio 81.
Carslaw, Fall von Syphilis hereditaria mit beträchtlicher Milzschwellung 183.
Caspary, Über Luesbehandlung 147.
— Zur Genese der hereditären Syphilis 414.
— und Bechert, Bericht über das zweite und dritte Jahr (1. Nov. 1893 bis 31. Okt. 1895) der Poliklinik für Hautkranke an der Universität Königsberg 550.
— 148. 149. 468.
Casper, Leopold, Über Katheterismus der Ureteren 495.
Cassel, Varicella 41.
— 660.
Castel, Du, Lepra nostras 76.
— Tuberkulose des Vorderarmes und der Hand 650.
— Purpuraeruption der Finger 650.
Castellino und Cardi, Über symmetrische Gangrän der Extremitäten (Raynaudsche Krankheit) 322.
— und Tonarelli, Morvansche Krankheit 322.
Cavafy, Eigentümliche Affektion an der Hand und am Arme im Gefolge von Herpes zoster 184.
— Fall zur Diagnose 184.
Cazalas 622.
Cazenave 156. 427.
Ceely 621.
Chalybaeus 43.
Chanca 89.
Chassiotis 163. 164. 166. 437.
Chauveau 88. 621. 622.
Chevki, Über die akute, tuberkulöse Hoden-Nebenhodenentzündung 215.
Chirivino, Fall von über beinahe den ganzen Körper ausgebreitetem Favus 80.
Cholewinska, Besichtigung der Prostituierten auf dem Jahrmarkt zu Nishni-Novgorod 181.
Ciarrocchi, Die Unumgänglichkeit der Epilation bei der Behandlung des Favus 78.
— Die Pleuritis exsudativa während des Roseolastadiums der Syphilis 78.
— Fall von Naevus linearis verrucosus 80.
Clarac 629.
Clarke, J., Die Sporozoen der Variola und Vaccinia 661.
Clemente, Syphilitische Reinfektion 425.
Clendenin, Paul, Offenhalten der Incision bei einfacher Hydrocele 46.
Clerc 428.
Coffin, Die Behandlung der varikösen Geschwüre mit Aloetinktur 422.

*Cohn, M., Historische Streifzüge 70. 409. 567.
— 574.
Cohnheim 435. 436. 498.
Coley, W. B. 48.
Collavitti, Über einen Fall von Trichophytia tonsurans maculo-squamosa der Haut mit Onychogryphosis trichophytica und Fibroma cutaneum, welches dieselben parasitären Elemente enthielt, die in der Haut gefunden wurden (Blastomyceten) 79.
Collen 545.
Collier, J. 634.
Collings und Murray, Drei Fälle von Inokulationstuberkulose infolge Tättowierens 265.
Colombini, Einige experimentelle Untersuchungen über die lokale Wirkung des Salols 38.
— Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen bei einem Falle von Tripper mit Komplikationen abseiten der Gelenke und der Haut 126.
— Über das Mikrobion des Ulcus molle 209.
— Die Ichthyolbehandlung des Erysipels 211.
— Über den Wert der intravenösen Sublimatinjektionen in der Behandlung der Syphilis 271.
— Die Gröfse der Milz bei der Syphilis acquisita 97.
Colzi, F., Beitrag zum Studium der Ausmündungsanomalien der Ureteren und zur Überpflanzung derselben auf die Blase 496.
Condorelli, Über den Herpetismus und seine Beziehungen zu den Stoffwechselstörungen 531.
Conrady, M., Salbenkruken mit emporschraubbaren Boden 51.
Cooper, Alfred, Syphilis 258.
—, Astley 595.
—, W. und F. Penny, Ein Fall von akuter, allgemeiner, exfoliativer Dermatitis (Pityriasis rubra) 203.
Cornil 164.
Costa, Da 377.
Cotterell, Fall von Lupus erythematosus, kombiniert mit Knotensyphilis 185.
— 258.
Courmont, Experimentelle Untersuchungen über einige Fälle exotischer Trichophytie 591.
Courrent, Variola und Vaccine 662.
Courtin 465. 467.
Courtois und Suffit, Hereditäre Syphilis bei der paroxysmalen Hämoglobinurie 103.
Cox, E. M., Abtragung des Mittellappens der Prostata bei einem 76jährigen Greise 222.
Credé 276. 596.
Crippa 416.
Crocker, R., Fall von seit 35 Jahren bestehenden Nagelgeschwüren 247.
— Recidiv von epidemischer Dermatitis exfoliativa 247.
— Fall von persistierender Dermatitis exfoliativa 247.
— Milium congenitale (en plaques) 476.
— Ein Fall von Pityriasis rosea 522.
— Ein Fall von Hydroa herpetiforme (Herpes gestationis) 522.
Curschmann 45.
Curtis 48.
Cutler, Fall von Dermatitis herpetiformis 248.
Cybulski, Über die Funktionen der Nebenniere 578.
Czajkowski, Über die Mikroorganismen der Masern 385.
— Über die Mikroorganismen im Blute von Skarlatinakranken 385.

Daiber, 332. 441.
Danlos, Harter Schanker des unteren Augenlides 91.
— Syphilitischer Schanker der Lippe ohne Drüseninfiltration und Induration 648.
Darier, 52. 55. 61. 65. 648. 652.
Darwin 430.
Davies, D. S., Vaccination und Pocken in Bristol 662.
— 361.
Debange 595.
Dehio, Karl, Der Aussatz einst und jetzt 248.
— 250.
*Delbanco, Epithelialer Naevus 105.
Delore, Neue Behandlungsmethode der Varicen mit Injektionen einer Jod-Tanninlösung 321.
Demiéville 119.
Demme 89.
Denis, Cornu cutaneum 318.
Dentu, Le, Pneumatocele cranii 325.
Desnos, Über die Indikationen der Prostataresektion bei den Prostatikern 21.
Dessar 39.
Devergie 206. 468.
Diaz 89. 427.
Diday 484. 595.
Dimsdale 612. 613.
Dinkler, M., Über die Wirkung und Verwendbarkeit der von Bacelli empfohlenen intravenösen Sublimatinjektionen 270.
Disselhorst 297.

Dobbert, Über Affektionen der Haut in Zusammenhang mit der Menstruation oder Erkrankungen der Geschlechtsorgane des Weibes 312.
Dock, Geschwänzte Protozoen in frisch gelassenem menschlichen Urin 492.
Doermer, Zur Anwendung des Europhens 35.
Dorn, Elzevier, Über Rubeola 40.
Douglas, C. E., Ein Fall von bilateralem Herpes zoster im Gebiete des fünften Gehirnnerven 381.
— Fälle von plötzlichem Tode im Verlaufe von Scarlatina 385.
Doutrelepont und Wolters, Beitrag zur visceralen Lepra 418.
Doyon 408. 416.
Dreysel, Über die Kapazität der Urethra anterior 573.
— Über die Kapazität der Urethra posterior 574.
— Zur Trichterbildung in der Urethra posterior 574.
— und Jadassohn, Urologische Beiträge 573.
Drinkwater, Bemerkungen über einen Fall von Herpes mit ungewöhnlicher Verteilung 382.
Dubois-Havenith, Die Eintrittspforten des syphilitischen Virus 90.
*Dubreuilh, Ein Fall von Psoriasis der Nägel 464.
— Behandlung der Onychomykosis mit Pyrogallolsalbe 212.
— Ein Fall von Favus am Scrotum und an den anliegenden Oberschenkelpartien 590.
*— und Bernard, Die Behandlung des Lupus mit Salicyl-Kreosotpflaster 121.
— und Frèche, Die Aktinomykose im Südwesten von Frankreich 25.
— 369. 395. 399. 595. 596. 640. 644. 645. 649.
Ducrey und Reale, Über die Trichophytien beim Menschen 79.
— 208. 595. 596. 644. 645.
Duchastelet, Blasenreiniger (Hahn mit doppelter Wirkung) 29.
Düring, E. v., Sklerodactylia annularis ainhuamoides 476.
— 333.
Duhring, Louis A., Ein Fall von Neuroma cutis dolorosum 478.
— 304. 305. 368. 371.
Du Mesnil de Rochemont, Zur Pathogenese der Blasenentzündungen 532.
Dunham, Ein Rundzellensarkom der Zunge 318.
Durand 83.
Dyer, Ein Fall von Haematidrosis im Verein mit Chromidrosis 324.
Eberth 259. 453.
Eckmann, L., Mikroskopische Beiträge zur Kenntnis der Quecksilbervergiftung 584.
Eddowes, Ichthyosis hystrix 186.
— Lichen planus 186.
— Sykosis menti 186.
— Chronische Folliculitis (Sykosis) 186.
— Xeroderma 186.
— Ein sehr interessanter Fall exfoliativer Dermatitis bei einem jungen Ochsen 204.
Edington und W. K. Hunter, Fall von Pyelonephritis, Dilatation der Ureteren und Cystitis bei einem fünfjährigen Kinde 544.
Edler, M., Ein Fall von Myxödem, behandelt mit Thyreoidextrakt 321.
Egbert, Über Papain 39.
Eger, Über das Verhältnis von Schuppenflechte zu Gelenkerkrankungen 205.
Eggert 585.
Ehlers, Ignis sacer et Sancti Antonii 51.
— Bericht an das Ministerium über meine zweite Lepraexpedition nach Island 87.
Ehrlich 330. 393. 400. 402. 404. 485. 573.
Ehrmann, Über Kombinationsformen nicht-syphilitischer Hautveränderungen mit syphilitischen Exanthemen 94.
Eichhoff, Kurze therapeutische Notiz über die günstige Wirkung der Somatose bei Syphilis- und Merkurialkachexie 268.
Eichhorst 19. 462.
Einhorn, H., Referate: 36. 40. 48. 49. 50. 87. 94. 97. 103. 160. 207. 210. 211. 264. 269. 270. 271. 273. 327. 382. 443. 489. 539. 541. 544. 580. 585. 591. 592. 599.
Eliot, L., Die Anwendung von Vaccineserum bei der Behandlung der Variola 662.
Elliot 24. 256. 257.
Elsenberg 527.
Emery, 19 Anfälle von blennorrhoischem Rheumatismus durchgemacht, die ebensovielen Blennorrhoerecidiven mit Harnröhrenausfluſs entsprechen 75.
Enoch 622.
Epstein 601.
Erb 524.
Erdheim, S., Zwei Fälle von allgemeinem Hautemphysem nach subkutaner Rippenfraktur. Punctio thoracis 549.
— Multilokuläre Lymphcyste des Samenstranges 549.
Erdmann, Über das Färben von Pelzen und Menschenhaar 223.
Erlenmeyer 390.
Esmarch 469. 656.

Essen, v., Bakteriologische Untersuchungen eines Falles von Trichorrhexis nodosa barbae 191.
Etienne, Ein Fall von Elephantiasis nostras 211.
— und P. Spillmann, Über akute und subakute Polyneuritis infolge von Quecksilbervergiftung 196.
— 505. 515.
Eulenburg, A., Sexuale Neuropathie. Genitale Neurosen und Neuropsychosen der Männer und Frauen 31.
Ewald, Fall von Myxödem 19.

Fabry, J., Über Urticaria pigmentosa xanthelasmoides und Urticaria chronica perstans papulosa 415.
— 527.
Falcone, Über die durch Syphilis verursachten Veränderungen des Blutes, vom Standpunkte der Diagnose und Therapie betrachtet 536.
Falkandine 427.
Fayrer, J., Ein Fall von Purpura haemorrhagica (akutem, exsudativem Erythem) 657.
Fawcett, Bemerkungen über den Wert des Piperazins als Lösungsmittel für Harnsäuresteine im Urin 493.
Feibes, Ein Fall von lokaler Hauttuberkulose 528.
Feleki, Beiträge zur Kenntnis der chronischen Entzündung der Prostata und der Samenbläschen 159.
— 601.
Fehleisen 222.
Fenwick, Die Wirkungen der unilateralen Kastration auf die Prostata 327.
— Beobachtungen über die Wirkungen der doppelseitigen Kastration auf die vergrößerte Prostata 328.
Feulard 74. 268. 640. 642.
Fiedeldij, Ein Fall von Nephritis varicellosa 660.
Figueiredo, De, Ein Fall von Urticaria 377.
— Ein Fall von Pneumonia syphilitica 537.
Fileti, Beitrag zur Kasuistik der primären Hautsarkomatose 472.
Finger, E., Über die Natur des weichen Schankers 208.
— Über die Excision des syphilitischen Initialaffektes 92.
— A. Ghon und F. Schlagenhaufer, Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses 157. 186.
— 337. 574. 603.
Finsen, Die Behandlung der Pocken im roten Licht 661.
Fiocco, J. B., Das Ulcus venerum serpiginosum 473.
Fiorentini und Piana, Untersuchungen über die Ätiologie der „epizootischen Aphthen“ (Maul- und Klauenseuche) 213.
Fischel, Richard, Notiz zur Konservierung organisierter Harnsedimente 330.
Fischer, W., Über Kinderblennorrhoe 599.
—, L., 622. 629.
Fischl 177. 179.
Flemming 83. 129. 132. 138. 140. 141.
Flint, Filaria sanguinis hominis mit Chylurie, ein mit Methylenblau erfolgreich behandelter Fall 491.
Flügge 311.
Fordyce, Ein Fall von neurotischem Ekzem 22.
— Bemerkungen über Arzneiexantheme 201.
Forselles, Beiträge zur Kenntnis der spezifischen Labyrinthitis 538.
Fournier, A., Parasyphilitische Hysterie 76.
— Fall multipler syphilitischer Schanker der Bauchhaut 76.
— Wie der Arzt auf andere die Syphilis überträgt, und umgekehrt, wie er sich selbst syphilitisch infiziert 90.
— Parasyphilitische Affektionen 98.
— Syphilitische Iritis 99.
— Hutchinsonscher Symptomenkomplex 103.
— Die Behandlung der Orchitis 216.
— Über die Schwere des Verlaufs extragenitaler Syphilis 536.
— Drei Fälle von Hydrargyrie der Haut 648.
— Syphilis hereditaria tarda bei einer 53jährigen Patientin 647.
— 147. 148. 149. 230. 267. 268. 500. 501. 505. 514. 515. 556. 559. 561. 564. 567.
— und G. de la Tourette, Littlesche Krankheit (Tabes congenita spasmodica) bei hereditärer Lues 266.
— und Gilbert, Serumtherapieversuche bei Syphilis 268.
— Henri, Zwei banale Ursachen des Haarschwundes 197.
— Behandlung der Acne rosacea 210.
Fox, C., Onychia aller Finger und Zehen 245.
— Sklerodermie 245.
— Fall von Urticaria pigmentosa 520.
— Fall von ringförmigem knotigen Ausschlag 520.
—, G. H., Seltene Formen von Alopecie 210.
— 22. 23. 24. 243.

Francis, Eine seltene Form von Angioma serpiginosum 477.
Francke, Erich, Ein Fall von doppelseitiger eiteriger Orchitis, Epididymitis und Prostatitis. Kastration, Heilung 192.
Frank, Ernst R. W., Zur Behandlung der Hyperidrosis 146.
— Ein Fall von Urethraldefekt infolge eines phagedänischen Schankers 485.
— Ein Fall von seltener Blasensteinbildung 485.
— Phagedänisches Ulcus 373.
— 120. 375.
Frankenburger 280. 347.
Frattali, Syphiloderma pigmentosum 80.
— Syphiloderma pigmentarium 95. 193.
Frèche, Über Hautausschläge bei Hysterischen 25.
— und Dubreuilh, Die Aktinomykose im Südwesten von Frankreich 422.
Frenga 427.
Freudenberg, Hämorrhoiden 321.
— 257.
Freyer 622.
*Frickenhaus, A., Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Acidum carbolicum liquefactum auf die gesunde Haut 277. 388.
Friedemann, J. H., Über den Verlauf der Schutzpockenimpfung bei einer Reihe abnorm schwächlicher Säuglinge und Kinder 43.
Friedland, Franz, Über einen Fall von accessorischen Nebennieren in den beiden Samensträngen bei gleichzeitigem Konflux des Ureters und des Vas deferens der rechten Seite 217.
Friedländer, A., Über Vaccineimmunität 388.
Friedmann, E., Anhaltender Priapismus 523.
Frinovsky, Zur Frage über den Kampf mit der Syphilis auf dem Lande 182.
Fritsch 468.
Fuchs, Th., Hereditäre Lues und Riesenwuchs 540.
— R., 70. 379.
Fürbringer, Die jüngsten Pockenfälle im Krankenhause Friedrichshain 661.
— 45. 252. 584.
Fürst, M., Über Empyema tunicae vaginalis 532.
Fuller, Hartnäckige Harnröhrenausflüsse durch chronische Entzündung der Samenbläschen 220.

Gabler 144.
Gabriel 252.
Gaither, Katheterisation der Ureteren beim Manne 201.
Galatti, Ein merkwürdiges Exanthem als Begleitung einer scharlachähnlichen Rachenerkrankung 527.
Galbiati 619.
Galewsky 480.
Galezowski, Hereditäre Augensyphilis in der zweiten Generation 76.
Galloway, J., Fall von Lepra maculoanaesthetica 245.
— Fall von Elephantiasis der unteren Extremitäten 245.
— Frau mit eigentümlichen, dunkelbraunen Flecken am Körper 520.
Gamberini, Rheumatismus, Syphilis und venerische Krankheiten 424.
Ganghofer 387.
Garmo, De, 48.
Garré 623.
Garrod, Über einen Fall von grünem Urin 492.
Gastl, Gieſshübl-Sauerbrunn, seine Kurmittel und Indikation für dieselben 36.
Gaston, Über eine syphilisähnliche, exfoliative Erythrodermie mit doppelter Iritis bei einer Patientin mit Eierstockcyste 649.
— Erysipelähnliche Dermitis mit Staphylokokken im Verlaufe eines Herpes gestationis 650.
— und Barasch, Hereditäre Syphilis und Infantilismus 649.
Gatti 612.
Gaucher, Diathesische und pathogenetische Dermatosen 578. 635.
Gauer, Paul, Über Gonokokkenbefunde beim Weibe 480.
Gebert, Lichen ruber verrucosus 374.
— Angiokeratom 517.
Gehuchten, Van, Labio-glosso-laryngealparalyse syphilitischen Ursprungs 95.
*Geijl und Van Praag, Kann die Primula obconica eine Urticaria oder sonstige anverwandte Krankheit hervorrufen? 173.
— 174. 176.
Gémy, Drei Fälle von Leukomelanodermia syphilitica 95.
Genova, Fall von Pyelonephritis blennorrhoica, Gumma der Stirngegend und Pachymeningitis purulenta 424.
Gergens, Hautekzeme und Augenkrankheiten 202.
Gerhardt, Akneknötchen 518.
— Ein Fall von Lichen 518.
Gerich 439.
Gerson, Alopecia areata 372.
— Fall von spontaner, symmetrischer Gangrän 517.
— Fall von Lichen syphiliticus 517.
Ghon, Finger und Schlagenhaufer, Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen

Anatomie des blennorrhoischen Prozesses 157. 186.
Giarre, Urobilinurie beim Kinde 443.
Gibert 208. 564.
Gilbert und Fournier, Serumtherapieversuche bei Syphilis 268.
Giletti, Ein Fall von primärer Trichophytie der Mundschleimhaut 591.
Giovanni, R., Klinische und anatomische Beobachtungen über die Trichophytiasis 591.
Giovannini, Beitrag zur Histologie der Keratosis pilaris 590.
— Über ein Haar mit gespaltener Papille 83.
Girtanner 89.
Glaser 578.
Glinski, Cholestearin im Urin 492.
Glisson 429.
Glorieux, Über Erythromelagie oder kongestive Neurose der Extremitäten 384.
Görl, Über intravenöse Injektionen mit Sublimat 270.
Goldenberg, Syphilitische Reinfektion 536.
— Urethritis posterior und diagnostischer Wert der modifizierten Thompsonschen Probe 602.
Goldschmidt 222.
Golgi 81.
Gollasch 306. 307. 308.
Goodhardt, Fall von Raynaudscher Krankheit 518. 530.
Gordon, J., Beitrag zum Studium der Piperazinwirkung 493.
Goudot 325.
Graham 256. 635.
Gram 85. 154. 158. 187. 191. 209. 385. 418. 480. 554. 574.
Grasset, Fall von Skarlatinaübertragung durch einen Brief 385.
Grawitz 527.
Gray, Bleibende Albuminurie und Glykosurie, begleitet von zahlreichen Hyalincylindern bei funktionellen Nervenkrankheiten 441.
Green, Ein Fall von urethro-vaginalem Abscefs 545.
— 118.
Griffiths, Eine vergröfserte Prostatadrüse 18 Tage nach der bilateralen oder vollständigen Kastration 329.
Grimm 584.
Grosch 319.
Grosz, Siegfried, Über michrochemische Farbenreaktionen der Harnsedimente und deren differentialdiagnostische Bedeutung 331.
Gruber 526.
Grünberg, J., Ref. 183. 444. 524. 535. 536. 581. 582. 584.
Grünfeld 415.
Guarnieri 385. 386. 622.
Guelliot, Naht des Hodensackes 29.
Günther, G., Bemerkungen zu Unnas neuen Färbemethoden 152.
Güntz, E., Über die Behandlung von Tripper und Schanker mit Jodoformin 582.
Güterbock, P., 222.
Guépin, Kolik der Samenblasen 219.
Guiard 573. 574.
Guice, Über die erfolgreiche Behandlung der Malaria-Hämaturie ohne Chinin 443.
Guida, Behandlung der hereditären Lues 267.
Guilliermond 321.
Guiteras, Die Blennorrhoe beim Manne 599.
Guyon, Über die Resektion der Vasa deferentia und ihren Einfluſs auf den Zustand der Prostata 20.
— Der Schmerz als Krankheitszeichen 30.
— 21. 28. 254.

Haacke, Lange Krallen und Haare als Erzeugnisse der Rückbildung durch Nichtgebrauch 260.
Haccius 622.
Haenel 273.
d'Haenens, Orchitis nach Kraftanstrengung 216.
Hagenbach 660.
Hahn, F., Referate 33. 51. 86. 91. 96. 98. 159. 160. 192. 210. 211. 215. 219. 259. 317. 318. 332. 380. 388. 420. 495. 520. 531. 534. 537. 600. 659. 661. 662. 664. 665. 666. 667.
Haig 203.
Hainiss, Beiträge zur Lehre der Vaccination 664.
Halipré und Nicolle, Über eine Familienerkrankung, bestehend in Veränderungen der Haare und Nägel 25.
Hallopeau, Erysipel und Lupus. Heilsame Wirkung des Erysipels gegenüber Lupus 73.
— Über eine neue eiterige und pemphigoide Form der Hauttuberkulose und die Pathogenese dieser Dermatose 76.
— Hydrocystome und Dyshidrose 76.
— Über eine neue pemphigoide und eiternde Form von Hauttuberkulose 76. 420.
— Über einen neuen Fall von Darierscher Dermatose 648.
— 52. 74.
— und Macrey, Über einen neuen Fall von Acne keratica 77.
— und Jousset, Über zwei Fälle von Ulcus rodens 649.
Halsted 48.
Hammer, Beitrag zur Kultur des Gonococcus 603. 641.

Hammond 45.
Hansemann, Multiple Neurome und Fibrome 19.
— Melanosarkome 19.
Hansen und Looft, Die Lepra vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte 86.
— 164. 165. 225. 227. 229.
Hardy 561.
Haren-Noman, von, 173.
Harnack 283.
Hart, E., Mitteilungen über die Vaccination als einen Zweig der präventiven Medizin 665.
Hartill, Pocken und Impfung im Jahre 1894 386.
Hartzell, M. B., Ein Fall von Folliculitis agminata parasitären Ursprungs 199.
— Ekzem der Schleimhäute 202.
— 200.
Haslund, Bericht der vierten Abteilung des Kommunehospitals für das Jahr 1894 33.
— Multiple, kutane Sarkome 318.
— 502. 503. 514.
Hasse, K., Der Gonococcus Neisser, sein Vorkommen bei Urethritis und Bartholinitis 602.
Haurwitz 142.
Hauser 120. 311.
Havas 525. 526.
Hayem 453.
Hebra, H., und Ullmann, Mittel gegen Aknepusteln 592.
— 206. 586.
—, F., 156. 467. 588. 590.
Heidenhain, Aug., Inunktor, Salbenreiber 50.
—, R., 426.
Heim, A., Die Blennorrhoea neonatorum und deren Verhütung in der Schweiz 600.
Heimann, Klinische und bakteriologische Untersuchungen über den Gonococcus Neisser 603.
Heitzmann, L., Bau und Entwickelungsgeschichte des quergestreiften Hautmuskels Platysma myoides 155.
Heller, Julius, Über merkurielle Albuminurie 35.
— Methode zur Darstellung der markhaltigen Hautnerven in gehärteten Präparaten 260.
— Entfernung von Tättowierung durch Elektrolyse 375.
— Strichförmige Hauterkrankungen der unteren Extremitäten 478.
— Über ein der Polyneuritis mercurialis (Leyden) ähnliches, experimentell bei Kaninchen erzeugtes Krankheitsbild 481.
— 243. 372. 442. 585.
Helmholtz-Hertz 429.
Hennig 549.
Henoch 660.
Hensler 89.
Herff, von, 594.
Héricourt 268.
Hervieux, M., Über einstige und moderne Variolisation 663.
Herz, A., Über die Behandlung der Syphilis mit subkutanen Injektionen von Succinimid-Quecksilber 271.
Herzenstein, Über den Kampf mit der Syphilis in den Dörfern 523.
Heubner, L., Beitrag zur Behandlung der Hyperhidrosis 324.
*Heuss, Ein Fall von Duhringscher Krankheit (Dermatitis herpetiformis) 364. 405.
*— Zwei Fälle von extragenitaler Initialsklerose 458.
*— Abnorme Fälle von Alopecia 632.
Heymann, P., Über Verwachsungen und Verengerungen im Rachen und Kehlkopf infolge von Lues 96.
— Lupus oder Syphilis? 147.
Hill, Vaccination und Blattern in Birmingham 386.
Hime 622.
Hinshelwood, Ein Fall von syphilitischem Schanker des Augenlids 91.
Hippokrates 70. 71. 72.
Hirsch 427.
Hirschberg, J., Über Netzhautentzündung bei angeborener Lues 266.
— Die Gummiknoten des Augengrundes 481.
—, M., Die Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Kalomelöl 269.
Hlava und Honl, Serum vaccinicum und seine Wirkungen 388.
Hochmann, Subkutaner Gonokokkenabscefs am linken Ellenbogen 604.
*Hodara, M., Kommen in den blutbereitenden Organen des Menschen nor malerweise Plasmazellen vor? 53.
*— Beitrag zur Pathologie der Erfrierung 445.
— Über die Urethroskopie nach Nitze-Oberländer und die Behandlung des chronischen Trippers nach Oberländer und Kollmann 25.
— 191. 192.
Höftmann 106.
Hoffmann, L., Referate 35. 37. 96. 203. 205. 210. 217. 219. 222. 242. 261. 264. 265. 266. 267. 270. 274. 316. 322. 371. 376. 517. 540. 583. 585. 590. 595. 600. 603. 604.
— 324.
Hofmann 493. 641.
Hoggan 127.
Hogner, Die Spermatorrhoe und die beginnende Prostata-Hypertrophie 220.

Hogyes 660.
Hoischl 390.
Holsten 313. 314. 315.
Holtz, Das Urocedin Stroschein bei harnsäurer Diathese 494.
Honl und Hlava, Serum vaccinicum und seine Wirkungen 388.
Hook, W. van, Experimentelle Wiedervereinigung des quer durchschnittenen Vas deferens 218.
Hoppe-Seyler 390.
Horteloup 595. 596.
Horwitz 223.
Huber, Präparate eines Falles von akuter gelber Leberatrophie bei frischer Syphilis 97.
Huels 280.
Hüppe 428.
Hunter, W. K., und Edington, Fall von Pyelonephritis, Dilatation der Ureteren und Cystitis bei einem fünfjährigen Kinde 544.
— 427.
Husemann 277. 279. 283. 290. 293. 298.
Hutchinson, J., Über akute Atrophie des Hodens 48.
— The after Marriage Chancre 92.
— Affektionen des Nervensystems in der Sekundärperiode der Syphilis 100.
— Fall von Doldentrauben-Syphiliden 245.
— Über herpetische Schanker 92.
— Naevus und Melanosis 326.
— Morphoea herpetiformis 382.
— 146. 257. 372. 502. 515.
—, W., Die ökonomische Seite der Prostitution 263.
Hyde, J. N., N. Senn und D. Bishop, Ein Beitrag zum Studium des Mycetoms des Fufses, wie es in Amerika vorkommt 255.
— 200. 256.
Huxley 130.

Jackson, G. Th., Zwei Fälle von Bromexanthem 200.
— 22. 23. 248.
Jacobi 468.
Jacobsohn, Paul, Einige Untersuchungen über die Färbung und Konservierung organisierter Harnbestandteile 482.
Jadassohn, Bakterienmembrane in der Harnröhre 574.
— Die Reaktion im Lumen der Harnröhre 574.
— 53. 54. 64. 65. 68. 188. 230. 251. 393. 395. 399.
— und Dreysel, Urologische Beiträge 573.
— Über Stomatitis aphthosa (fibrinosa, pyogenes und impetiginosa) 591.
— und Werner, Zur Kenntnis der „systematisierten Naevi“ 187.
Jakowlew, Schleimhautpapeln (Lungentuberkulose?) 182.
Jamieson, W. A., Über einige oberflächliche Affektionen des Lippenrots 667.
Janet, Neue Apparate und Instrumente für die Behandlung der Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane 31.
— Bemerkungen zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Dilatation 159.
— 160. 232. 234. 419. 420. 653. 654.
Janovsky, V., Perifolliculitis necrotica 476.
— 154. 595.
Janssen 578.
Jarisch, Therapeutische Versuche bei Syphilis 541.
— 189.
Jastrowitz 442.
v. Jaworski und Nencki, Über einen Fall von Milzbrandinfektion, welcher wie Purpura verlief 593.
— — Milzbrandinfektion, klinisch Werlhofsche Krankheit vortäuschend 593.
Jeanselme, Fall von trophischen Störungen bei Blennorrhoe 604.
Jelke 90.
Jelzina, S., Leukoderma 524.
Jemma 271.
Jenner 229. 605—609. 613—620. 622. 624. 663.
Jessner, Über die Methode der Luesbehandlung 148.
— Referate 34. 42. 43. 44. 45. 46. 49. 51. 87. 89. 90. 92. 93. 94. 97. 99. 101. 103. 202. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 212. 213. 214. 215. 217. 221. 222. 224. 260. 262. 263. 269. 269. 271. 272. 312. 313. 316. 317. 318. 319. 321. 323. 324. 327. 330. 376. 379. 385. 389. 390. 391. 392. 440. 442. 443. 444. 479. 487. 489. 490. 491. 494. 495. 496. 537. 538. 540. 542. 543. 546. 547. 548. 549. 550. 579. 580. 581. 584. 585. 587. 589. 591. 597. 598. 601. 603. 604. 660. 665. 666.
— 175. 527. 573. 574. 598.
Jewett, Fall von Lichen planus 313.
Ihle 14. 18.
Immerwahr, Über das Vorkommen von Eiterstaphylokokken bei der Endometritis blennorrhoica 481.
Ingria, Beitrag zum Studium der Urethritis posterior und ihrer Komplikationen 602.
Johansen, A, Noch ein Fall von Milzbrand 593.
Johnson, Die Abwesenheit von Zucker im normalen Urin mittelst einer neuen einfachen Methode nachzuweisen 332.
— 392.
Jolles, Adolf, Eine einfache und empfindliche Methode zum qualitativen und quantitativen Nachweis von Quecksilber im Harn 149.

Jolles, Adolf, Erfahrungen über den Wert der meist gebrauchten Proben für den Nachweis von Zucker im Harn 389.
Jonas, Beitrag zum Studium der Ureter-tumoren 496.
— Operative Beseitigung von Feuermälern 326.
Jones 493.
Jonnesco, Sectio hypogastrica 21.
— Totale Rhinoplastik 22.
Joseph, Fall von Tuberculosis verrucosa cutis 145.
— Trichophytie 145.
— Ulcus molle am Finger 145.
— Fall von hereditärer Lues 146.
— Über extragenitale Syphilisinfektion 482.
— Alopecia areata maligna 517.
— Serpiginöses, ulceröses Syphilid 517.
— Tumor im Skrotalsack 517.
— Ein Fall von Purpura 517.
— Ein Fall von Prurigo ferox 518.
— Über Psoriasisbehandlung 589.
— 243. 244. 372. 373. 374. 468. 528.
Jorfida, Eine neue Behandlungsmethode des Favus mit kleinen und mittelgroſsen Scutulis 590.
Jottkowitz, Schultheiss und Auerbach, Beiträge zur Transplantation nach Thiersch 580.
Jousset und Hallopeau, Über zwei Fälle von Ulcus rodens 649.
Isaac, Fall von Impetigo oder Lues? 243.
— Lupus vulgaris oder Syphilis? 242.
— Über den Wert der Salbenbehandlung bei der chronischen Blennorrhoe 482.
— 243. 372.
Israel, O., Präparat eines Falles von syphilitischer Endocarditis 537.
— 106.
Ittmann 369. 371.
Jullien, L., Betrachtungen über die anorektale Blennorrhagie beim Weibe 483.
— 209. 485.
Juncker 606. 608. 609.
Justus, J., Über die durch Syphilis bedingten Blutveränderungen in Hinsicht nach ihrer diagnostischen und therapeutischen Bedeutung 536.
— 525. 526.

Kahlden, v., Über Ureteritis cystica 542.
Kane, Kastration, eine einfache leichte und schnelle Methode der Ausführung derselben 276.
Kant 613.
Kaposi 135. 153. 155. 206. 207. 244. 315. 322. 407. 408. 446. 590. 629.
Kassowitz 414. 415.
Käufer, Über die Beziehungen der Filamenta urethralia zur chronischen Blennorrhoe 252.
Keitel 585.
*Kellogg, Zur pathologischen Anatomie der Lepra der Nervenstämme 161.
— 127. 128.
Kelly 159.
Kettner, Karl, Eine histologische Studie über hereditär-syphilitische Exantheme 102.
Keyes 23. 275.
Kiefer 310.
Kjellberg, Einige statistische Studien über die venerischen Krankheiten in Schweden 263.
King, A., 46.
Klamann, Ein Fall von Vulvovaginitis bacterica bei einem neugeborenen Mädchen 546.
— Eine blennorrhoische Affektion bei einem dreijährigen Mädchen 546.
Klaus, Ein Schurz-Suspensorium 216.
Klebs 115. 284. 289. 290. 349. 426.
Klein, Die Blennorrhoe des Weibes 598.
Klemperer 392. 537.
Klotz 22. 258.
Kluge, G., Untersuchungen über den Favuspilz 527.
Kobert 471.
Koch, F., Über einen perniciösen Fall von akutem, disseminiertem Lupus erythematosus 243.
— Pityriasis rosea 371.
— Lupus erythematodes acutus 372.
—, Über das Ulcus vulvae (chronicum, elephantiasticum) 468.
— 373.
— 6. 7. 218. 337. 420.
Kohn 629.
Köbner, Heinrich, Über Pemphigus vegetans nebst diagnostischen Bemerkungen über die anderen mit Syphilis verwechselten, blasenbildenden Krankheiten der Schleimhäute und der äuſseren Haut 212.
— 89. 128. 272. 318. 468. 588.
Kölliker 140.
König 590.
Köttnitz 318.
Kollmann, Ein Fall von schwerer Syphilis, der erfolglos mit Hammelblutserum behandelt ist 269.
— 25.
Kopp, C., Über die Verwendung des Europhens in der venereologischen Praxis 581.
Koppel, Paul, Über einige neuere Aluminiumpräparate 36.
Kortüm, M., 280.
Kossler, A., Über das Vorkommen von Cylindern im Harn ohne gleichzeitige Ausscheidung von Serumeiweifs 441.
Král 527.
Krantz, Ein zweckmäſsiges Suspensorium 217.

Krause, F., Über die Verwendung grofser ungestielter Hautlappen zu plastischen Zwecken 532.
Krefting, Rudolph, Ein Fall von Dermatitis exfoliativa generalisata in Verbindung mit multipler Hautsarkomatose 420.
— 461. 462. 595.
Krey, Fall von Mykosis fungoides 518.
Kriege 445. 453. 454. 456. 457.
Krisowski, Über ein bisher wenig beachtetes Symptom der hereditären Lues 540.
Krösing, R., Zur Kenntnis der sog. Pityriasis alba atrophicáns (Jadassohn) 251.
— Weitere Studien über Trichophytonpilze 655.
— 653.
Krogius, Über den gewöhnlichen, bei der Harninfektion wirksamen pathogenen Bacillus (Bacterium coli commune) 490.
Kromayer, Allgemeine Dermatologie oder allgemeine Pathologie, Diagnose und Therapie der Hautkrankheiten in zweiundzwanzig Vorlesungen mit XV Figuren im Text und in IX Tafeln 487.
— 529.
Kronenberg, E., Ein Fall von Vaccineübertragung 665.
Krzysztalowicz und Mayzel, Statistik der an der Abteilung für venerische und Hautkrankheiten beobachteten, extragenitalen harten Schanker 536.
Kudrjawski, Paronychia 522.
Kübler, Statistisches zur Wirkung des Impfgesetzes 663.
— 615.
Kühne 161. 162. 163. 165. 209. 437. 442.
Kümmell, Über Narkose und lokale Anästhesie 534.
Kulenkampff 469.
Kulnew, S., Quecksilberidiosynkrasie 524.
Kuttner 222. 374.
Kuznitzky, M., Ein Fall von Acanthosis nigricans (Dystrophie papillaire et pigmentaire) 650.
— 159. 648.

Lagrange, Zur Ätiologie der allgemeinen progressiven Paralyse 100.
Lailler 645.
Lamarque, Über die Anwendung des Formols in der Behandlung der Harnwege 27.
Lancercaux 150.
Landerer 578.
Landmann, Finden sich Schutzstoffe im Blutserum von Individuen, welche Variola bezw. Vaccine überstanden haben? 42.
Landouzy 50.
Landskroon, Referat 660.
Langes, Weitere Fälle von mit Unguentum hydrargyri rubrum erfolgreich behandeltem Ulcus cruris 320.
Langhans 119.
Langlebert 217.
Langstein, Einiges über das „Urocedin Stroschein“ 495.
Lanoix 620.
Lapeyre, Über Hydrocele beim Weibe
Lasnet 595. 596.
Lassar, Über die Grundzüge der Ekzembehandlung 84. 483.
— Über die Lepra 250. 264.
— 18. 243. 322. 333. 334. 373.
Launois 273.
Lavallée, M., 640. 642.
Lavaux, Über zwei Fälle von primärem Phosphatharngriefs 22.
Lawrie, Fall von Sarcoma des Testikels 48.
Layet, Über die Unität von Variola und Vaccine 663.
Leber 298. 299. 301. 361. 430. 432. 498.
Lecorché 392.
Ledden-Hulsebosch, van, Ein merkwürdiger Harn 491.
Ledermann, Über Arbeitsunfähigkeit geschlechtskranker Kassenmitglieder 223.
— Über Syphilis der Zunge 243.
— Multiple Geschwulstbildung 378.
— Die Histologie der Dermatitis papillaris capillitii 483.
— Kongenitale Alopecia areata 518.
— 145. 146. 243. 369. 371.
Lee, Über die Elimination des Syphilisgiftes nach jetzigen Beobachtungen in England 91.
Lefour, Syphilis und Schwangerschaft 94.
Legueu, Über die Steine der Pars prostatica urethrae 26.
— Über die Anuria calculosa 28.
— Über die perineale Drainage der Blase in hartnäckigen Fällen von Blasenentzündung 254.
— 21.
Leistikow 208. 515. 565.
Leloir 127. 132. 137. 164. 244. 372. 437. 446.
Lemaire, Pockenepidemien 385.
— Betrachtung über 1400 Schutzpockenimpfungen 665.
— 278.
Lentz, Die Nephrolithotomie wegen eines voluminösen Nierensteines 21.
Lépine 99.
Leredde 305. 370. 395. 399.
Lermoyez, Behandlung der tertiären Syphilis der Nase 102.
Lersch, Geschichte der Volksseuchen 259.
Lesser 394. 399.
Letulle 481.
Leube 392. 598.

Lewin, G., Fälle von Lues 146.
— Über den relativen Wert einer subkutanen Sublimatinjektionskur zu anderen Quecksilberkuren 270.
— Drei Fälle von galoppierender Syphilis 519.
— Leukoderma syphiliticum 519.
— Über Keratosis universalis multiformis (Pityriasis rubra pilaris-Besnier, Lichen ruber acuminatus-Kaposi) 590.
— 272. 425. 629.
Leyden, E., Über die inneren Metastasen der Blennorrhoe 248.
— 481.
Liborius 311.
Lie 165. 166. 167. 169. 170. 171. 172. 173.
Liermann, Ein Fall von Hydrocele muliebris 549.
Liesching, Krebs der Prostata, kompliziert mit spastischer Kontraktion der Blase 221.
*Liesegang, E., Über die strukturbildende Eigenschaft verschiedener Stoffe bei ihrer Einwirkung auf kolloide Substanzen 177.
Lieven, Beitrag zur Behandlung der flächenhaften syphilitischen Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand 96.
Lilienthal 48.
Lindenborn, Impfung mit sterilen Instrumenten 43.
— 389.
Lindt, R., Pagets Krankheit 259.
Lingen, von, Zur Kasuistik der Menstrualexantheme 312.
Liscia, Ichthyol bei Phlegmonen, Lymphdrüsenschwellungen, Abscessen und Eiterungen 36.
Litten, Über Lebersyphilis 143. 252.
Lobb 82.
Lockwood, Über einen mit salicylsaurem Natron behandelten Fall von Eccema capitis 203.
Loebel, Über die venerischen Krankheiten bei den alten Israeliten 90.
Loehr 20.
Löffler 480.
Löneberg, Fall von fibröser Rektalstriktur mit Epikrisis 51.
Löwenhardt 574.
Löwenstein, Fall von Zungengumma 373.
— Pemphigus bei einem Säugling 374.
— Apparat für Katheterdesinfektion 374.
Lohnstein, Zur Behandlung der Urethro-Prostatitis chronica 484.
— 495.
Loimann, Einige Bemerkungen über Geschlechtstrieb und Sterilität mit besonderer Rücksicht auf die Therapie 44.
Longard 660.
Looft und Hansen, Die Lepra vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte 86.
— 225. 227. 229.
Loomis, Syphilitische Erkrankungen des Herzens 537.
Loumeau und Peytoureau, Fall von Hämoglobinurie paroxystica (a frigore) 443.
Lubarsch 106. 120. 496.
Luca, De, Serumtherapieversuche bei Lepra 77.
— 208.
Ludwig 435.
Lüderitz 311.
Lütkens, Ein Fall von Prostatahypertrophie durch Kastration geheilt 274.
Lugol 209.
Lukasiewicz, Über Xeroderma pigmentosum 152.
— Lichen ruber acuminatus und planus an der Haut und Schleimhaut desselben Individuums und über die Identität des Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris 467.
Lukjanow, Grundzüge einer allgemeinen Pathologie des Gefäßsystems 425.
Lustgarten, Fall von Syphilis und Lupus 247.
— 152. 248.
Lutz 648.
Lydston, Bemerkungen über eine neue chirurgische Schwärmerei, die Kastration wegen Prostatahypertrophie 276.
Lyons, Was ist Blennorrhoe beim Weibe? 599.

Macfarlan, Die Gegenwart von Eiweiß und Cylindern im Urin von Fußballspielern 441.
Mackenzie, St., Fall von Mykosis fungoides 520.
—, H., Thyreoidextrakt bei universeller Alopecie 322.
Macrey und Hallopeau, Acne keratica 77.
Madden, Über die Pathologie und Behandlung des Pruritus und anderer hyperästhetischer Zustände der Vulva und der Vagina 547.
Madelung 651.
Magalhaes, De, 377.
Maiocchi, Über eine noch nicht beschriebene Dermatose: die Purpura annularis telangiectodes oder Telangiectosis follicularis annulata 80.
Maiocchi, Über Xanthoma nodosum glycosuricum 81.
— Über Erythema polymorphum 81.
— 80. 81. 232. 234. 235.
Malassez 127. 137.

Malet, H., Pocken und Vaccination in Wolverhampton im Jahre 1894 662.
Malherbe, Mykosis fungoides 596.
— 596.
Manasse, W., Ein verbessertes Suspensorium 217.
— Ein Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie 221.
— 222.
Manchot 107.
Mankiewicz, Die Behandlung der Syphilis mit subkutanen Quecksilberinjektionen 484.
— 145.
Manley 48.
Mansell, Über zwei Fälle von Orchotomie bei Prostatahypertrophie 327.
Manson, P., und Boyd, Ein Fall von Guineawurm (Filaria vel Dracunculus Medinensis) 656.
Manssurow 505.
Mantegazza, Über die syphilitischen Dermatosen 472.
— Die lichenoiden Papeln 473.
— Syphilitische Akne 473.
Manussi, De, Klinisch-statistische Bemerkungen über die Blatternepidemie in Triest (1892—94) 886.
Marby, Typische Variolois nach erfolgreicher Wiederimpfung 663.
Marc, S., 399.
Mare, Beiträge zur Pathogenese der Vitiligo und zur Histogenese der Hautpigmentierung 321.
Margo 156.
Mariotte 242.
Marmorek, Der Streptococcus und das Antistreptokokken-Serum 262.
Marsh, Ein Fall von akuter diffuser Ichthyosis bei einem 2¼ Jahre alten Kinde; wesentliche Besserung nach Darreichung getrockneter Schilddrüse 203.
Marschalkó, von, 53. 54. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 148.
Martha, Verkannte Syphilis nach Vaccination 667.
Martin, Edw., Reposition eines dislocierten Hodens 47.
—, G., Ein Fall von Urticaria-Asthma infolge des Genusses von Muscheln 377.
Massalongo, Über periodisches katameniales Erysipel 211.
Mathewson, Über einen Fall von kongenitaler Syphilis, ausgezeichnet durch ungewöhnliche Austretung und Schwere der syphilitischen Erscheinungen 103.
Mathieu 640. 642.
Mauriac, Über die tertiäre Periode der Syphilis 102.
— Die Behandlung der Syphilis 489.
— 74. 514.
Maxwell, Die Behandlung der Syphilis und anderer Krankheiten mit immunisiertem Blutserum 269.
Mayer 273.
Maylard, Entwickelung von Kochengewebe in einem Sarkom des Samenstranges 49.
Mayzel und Krzysztalowicz, Statistik der an der Abteilung für venerische und Hautkrankheiten beobachteten extragenitalen harten Schanker 536.
Mazza, Über das chronische Ulcus der Prostituierten 81.
— 268.
Mc Gill 222.
Mc Kesson 39.
Mears, Die Behandlung der Prostatahypertrophie durch Unterbindung des Samenstranges 228.
Meissner, P., Fall von Tuberculosis verrucosa cutis 518.
— Fall von Lupus bei einem Kinde 519.
— Über elastische Fasern in gesunder und kranker Haut 529.
— 145. 373.
Mendel, E., Die hereditäre Syphilis in ihren Beziehungen zur Entwickelung von Krankheiten des Nervensystems 484.
Mendelsohn, Martin, Die Verschiedenheit des Problems der Harnsäureauflösung bei gichtischen Ablagerungen und Konkretionen in den Harnwegen 494.
— Zur Therapie der harnsauren Diathese 495.
Méneau 464. 465.
Mennig 378.
Ménut 595.
Mermet, Die Behandlung der ulcerierten Bubonen mittelst Ausschabung und sofortiger Naht 210.
Merzbach, G., Über Gewerbeekzeme 528.
Mesnil, Du, 280.
Metschnikoff 164.
Meynardus 89.
*Mibelli, V., Einige Bemerkungen über die Anatomie des Favus 126.
— Eine seltene Form von Keratodermie: „Porokeratosis“ 475.
— 79. 127. 207. 231.
Michelson 538. 633. 634.
Mireur 415.
Missale, Über Temperaturvariationen unter der Norm 578.
Moelling 532.
Möller, M., Eine ungewöhnliche Form von Akne (Acne telangiectodes exulcerans) 592.
— Urethritis blennorrhoica, behandelt nach Janetscher Methode 653.
— Labyrinthsyphilis 538.
Mollière, Erythema faciei nervösen Ursprungs 382.

Moncorvo, Über drei weitere Fälle von Elephantiasis congenitalis 195.
Moreira, Arsenikaffektionen der Haut 86.
— Klinische Bemerkungen über den Bouton de Bahia 196.
— Kommt die Biskrabeule in der Provinz Bahia endemisch vor? 592.
— 377.
Morelle, Behandlung des Lupus und der Hauttuberkulose 87.
Morgagni 427.
Morris, M., Fall von Favus 184.
— Fall zur Diagnose 246.
— Fall von Lichen planus in Verbindung mit Keratosis pilaris 246.
— Panzerkrebs der Mamma 246.
— Lupus vulgaris, behandelt mit Thyreoidextrakt 246.
— Fall von Lupus erythematosus im Anschluſs an Mosquitobisse 521.
— Fall von Elephantiasis der Unterextremitäten 521.
— Fall von Actinomykosis der Wange 521.
— 1.
Morrow, Prince A., A System of Genito-Urinary diseases, Syphilidologie and Dermatologie 33.
— Fall von Urticaria pigmentosa 198.
— 24. 257. 371.
Morton, Ch. A., Ein Fall von Sarcoma testis 49.
—, H., Fall von Lepra anaesthetica 28.
—, T. S. K., Radikaloperation wegen kongenitaler Hydrocele der Tunica vaginalis testis dextri 47.
— Dermatitis repens 318.
— Fall von langsam fortschreitendem Syphilid 318.
— Eccema infantile 314.
— Vitiligo 314.
— Pruritus auf gichtischer Grundlage 315.
— Ein Fall zur Diagnose 314.
— 315. 316.
Morvan 247. 323.
Mosca, Syphilis tardiva 79.
Moscato, Partielle chronische Melanodermie infolge von Malaria 319.
Moser, W., Zellen und Krystalle im Sperma 219.
Mosolewsky, Zum Gebrauch des Dermatols 581.
Moty 640.
Moulinet 588.
Moullin, M., Über die Behandlung der Prostatavergröſserung durch Kastration 272.
— 273.
Mourek, Zur Frage der Pityriasis rubra pilaris 154.
Mousset und Pic, Schwerer Fall von Hirnsyphilis 539.
Mousson, 52 Fälle hereditärer Syphilis 102.
Müller, Stabsarzt, Fall von schwerer Lues 242.
Müller, C., Referate 38. 40. 42. 46. 81. 88. 89. 90. 93. 95. 99. 100. 101. 102. 103. 143. 193. 206. 210. 211. 212. 214. 216. 218. 221. 231. 241. 259. 265. 266. 267. 269. 272. 305. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 331. 376. 377. 379. 381. 382. 384. 385. 390. 391. 392. 404. 443. 474. 489. 532. 536. 538. 539. 540. 542. 545. 548. 578. 582. 585. 588. 590. 591. 592. 593. 595. 596. 603. 604. 650. 659. 662. 663. 665. 666. 667.
*—, G. J., Zur dermotherapeutischen Verwendung des Adeps lanae 13.
— Zur therapeutischen Verwendbarkeit des Myronins 83.
—, Leopold, Über Entfärbung des Pigments in mikroskopischen Schnitten und eine neue Untersuchungsmethode des accommodierten und nicht-accommodierten Auges 261.
—, O., Über die Verwendung des Resorbins in der allgemeinen Praxis 83.
Murray und Collings, Drei Fälle von Inokulationstuberkulose infolge Tättowirens 265.

Napier 314.
Nauwerck 106.
Neelsen 120. 167.
Negri 620.
Neisser, A., Bemerkungen zur Therapie des Ulcus molle 594.
— Verhütung der blennorrhoischen Urethralinfektion 596.
— Forensische Blennorrhoefragen 597.
— 145. 148. 153. 156. 161. 164. 165. 415. 416. 439. 599. 603. 604.
Nencki, v., und v. Jaworsky, Über einen Fall von Milzbrandinfektion, welcher wie eine Purpura verlief 593.
— — Milzbrandinfektion, klinisch Werlhofsche Krankheit vortäuschend 593.
Neuburger 393. 394. 403.
Neuhaus, Referate 31. 46. 47. 48. 90. 91. 97. 205. 219. 220. 255. 270. 320. 329. 330. 332. 378. 380. 384. 386. 387. 389. 441. 492. 493. 543. 594. 599. 601. 602.
Neumann, J., Die Syphilis der Vagina, des Uterus und seiner Adnexa 98.
— Syphilis des Oesophagus 485.
— Die Aphthen am weiblichen Genitale 546.
— 230. 278. 359. 415. 446. 526. 588.
Niclot 644.
Nicolaier, Bemerkung zu der vorstehenden Arbeit 490.
— 268.
Nicolle und A. Halipré, Über eine Familienerkrankung, bestehend in Veränderungen der Haare und Nägel 25.

Nicolle und A. Halipré, Ein Fall von Erythema polymorphum 198.
— — 209. 399.
Niehus 399.
*Nielsen, L., Circinäre syphilitische Erytheme (Neurosyphilide-Unna) 500. 555.
— Referate 33. 34. 51. 87. 263. 318. 380. 538. 539. 592. 593. 594.
— 464.
Niessen, van, Der Syphilisbacillus 489.
Nikiforow 470.
Nissim, Varicellen 659.
Nitze, Max, Zum Katheterismus der Harnleiter beim Manne 495.
— 25. 159. 496.
Niven, Pocken und Impfung in Manchester in den Jahren 1892—94 663.
Nobbs, Thyreoidbehandlung bei Ichthyosis 589.
Noffke 324.
Norden von, 392.
Notthafft, Über die Entstehung der Carcinome 317.
Nuck 548.
Nylander 331. 332. 389. 442.

Oberländer 25. 31.
O'Carrol, J., Diagnose und Prognose der Variola 661.
O'Hagan, Gangrän der Vulva 546.
Ohmann-Dumesnil, Tinea capitis 207.
Olivari und Campana, Klinische und hämatologische Untersuchungen über einige schwere Fälle tertiärer Lues 80.
— Drei Fälle schwerer tertiärer Syphilis 539.
Ollivier 648.
Omeltschenko, Die Ätiologie der Abscesse an den Injektionsstellen von löslichen Quecksilberpräparaten 583.
Oppenheim 100.
Ord 545.
Orlandi, Einige Fälle von Pigmentanomalien der Haut 320.
Oro, Über eine ungewöhnliche Art von Sarkom des Kopfes 77.
— Ein Fall von maligner merkurieller Dermatitis und von Erythema balsamicum 78.
— Zwei Fälle von Rhinosklerom 80.
Orth 169.
Orviedo 89.
Osler, Viscerale Komplikationen des Erythema exsudativum multiforme 382.
Osorio 1.
Ost, Die Blatternepidemie in Bern vom Jahre 1894 42.
Ostertag 120.
Oswalt, Gummata des Corpus ciliare 101.
— Ein typischer Fall von Gumma des Tractus ciliare 422.
Otto, G., Abortiver Fall von Polymyositis parenchymatosa acuta im Anschluſs an Ulcus gangraenosum penis 594.

Paget 259.
Pajor 601.
Parascandolo, Serotherapeutische Experimente gegen die Infektionen durch die pyogenen Mikroorganismen und gegen das Erysipel 591.
Paschen, E., Humanisierte und animale Vaccine 618.
Paschkis, Beiträge zur Kosmetik 316.
— 14.
Pasteur 262.
Pauli, G. C., Vaccination vor Jenner 663.
Paulson 228.
Pauly, Prostatacarcinom, das zu krebsiger Infiltration der linksseitigen supraklavikularen Lymphdrüsen führte 221.
Pavone, Die Resektion der Vasa deferentia als Ersatz der Kastration bei Prostatahypertrophie 222.
Pavy 392.
Pawlow, Todesursache hereditär syphilitischer Neugeborner 181.
— 181.
Payr, Beitrag zur Lehre von den multiplen und symmetrischen Lipomen 319.
Pečirka 190.
Peda 660.
Peiper und Beumer, Zur Vaccineimmunität 388.
— und Schnaase, Über Albuminurie nach der Schutzpockenimpfung 667.
Pellizzari, Über die syphilitische Infektion durch die Placenta 90.
— Fall von galoppierender Syphilis 93.
— Über den Polymorphismus beim Herpes tonsurans und speziell über eine noch nicht beschriebene klinische Form desselben 206.
— 80. 81. 212. 268.
Pernose 223.
Perrin 370.
Perry, Hyperidrosis mit einer eigentümlichen Tylosis der Fuſssohle 246.
— Fall von Urticaria pigmentosa 521.
Petersen, O., Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie 267.
— Schreckliche Syphilisformen 524.
— Trichorrhexis nodosa 523.
Peterson, F., 45.
Petri 656.
*Petrini di Galatz, Zur Syphilisfrage 229.
*— Zur Pemphigusfrage 304.
— Der Bacillus von Ducrey und die Serienimpfungen des einfachen Schankers 208.
— Lupus tuberculosus und kleinpapelige Hautsyphilide 477.
— 634.

Petrone, Über den Gebrauch der Nitrite bei der Behandlung der Infektionskrankheiten 37.
Peytoureau und Loumeau, Fall von Hämoglobinurie paroxystica (a frigore) 443.
Pezzoli, Zur Histologie des blennorrhoischen Eiters 416. 468.
Pfeffer 298. 430.
Pfeiffer, E., Über die Züchtung des Vaccineerregers in dem Kornealepithel des Kaninchens, Meerschweinchens und Kalbes 666.
— 385. 386. 623.
Philippi, Referate: 47. 50. 88. 91. 99. 100. 202. 203. 204. 218. 219. 220. 222. 223. 262. 273. 274. 275. 276. 316. 325. 326. 492. 545. 548. 632.
Philipps, Ein schwerer Fall von Varicellen 659.
Philippson, A., Eine verbesserte Quecksilbersalbe 585.
— 484.
—, L., Beitrag zum Studium des Erythema nodosum 425.
— Mykosis fungoides mit Lokalisationen in den inneren Organen: Pseudoleukämie in den Lymphdrüsen, den Tonsillen, der Leber und der Milz 472.
— und Török, Allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten, begründet auf pathologische Anatomie 431.
— 189. 190. 395. 399.
Pianetta, C., Spontane Ekchymosen der Ohren bei einer Hysterica 379.
Piassetzky, Hautrheumatismus oder Dermitis rheumatica 381.
Pic und Mousset, Schwerer Fall von Hirnsyphilis 539.
Pick, F. J., Durch den Gebrauch von Jodkalium erworbene Immunität von Rindern gegen die Maul- und Klauenseuche 213.
Picqué und Rebland, Zwei Fälle von schwerer Hämaturie ohne anatomisches Substrat (renale Hämophilie) 21.
Piffard, Fall von Rosacea hypertrophica 28.
— 371.
Pini, Klinische Bemerkung über einen Fall akuter Psoriasis 78.
— Beitrag zum Studium der elastischen Fasern bei einigen Hautläsionen 79.
Pisenti, Über die parasitäre Natur der Ureteritis chronica cystica 496.
Pissin 620.
Pittarelli, Ein volumetrisches Verfahren zur Dosierung des Eiweifses im Harne 390.
Pittet, Über Pseudo-Ichthyose 204.
Planner, v., 118.
Plattner 635. 641.
Plonski, Fall von Riesennaevus 518.
Poelchen 595.
Pohl-Pincus 621.
Polacci, Eine neue Methode zur Untersuchung der Urinsedimente 330.
Polain, Über Assoziation von Tuberkulose und Syphilis 89.
Pollitzer 539.
Poole, D., Infektionen bei Vaccination 666.
Pop und Babes, Über die Ätiologie der hämorrhagischen Infektionen 531.
Porak, Über eine noch nicht beobachtete parasitäre Neubildung auf der Zunge eines Neugeborenen 423.
Posley 176.
Posner, C., Therapie der Harnkrankheiten 160.
— Blasenruptur bei chronischer Paralyse 485.
Pospelow, Ein Fall von erfolgreicher Arsenmedikation bei Hautsarkom 470.
— 114. 224.
Post 118.
Potain 196.
Poulsen 380.
Pousson, Über den Wert der chirurgischen Intervention bei Blasentumoren 21. 30.
— Bemerkung über die Operationstechnik bei Behandlung der Hydrocele mittelst Jodeinspritzung 25.
Powarnine, Mikroskopische Untersuchungen über den Tripper und seine Komplikationen 600.
Preece, Ein Fall von alter Psoriasis, behandelt mit Thyreoidextrakt 589.
Pringle, Fall von Lichen planus 184.
— Zwei Fälle von ulcerierendem, hypertrophischem Lichen planus 184.
— Ein Fall von Dermatitis herpetiformis 185.
— Fall von trichophytischer, konglomerativer Perifolliculitis 185.
— Actinomykosis der Wange 521.
Profeta 415.
Proksch, Die Geschichte der venerischen Krankheiten 426.
Prudden 280. 285. 297. 359.
Purdon, Mittel gegen Akne des Gesichts 592.
Puschmann, Abwehr der Theorie vom amerikanischen Ursprung der Syphilis 89.
— 89.
Putzler 416.
Pye-Smith, Fall von persistierendem Ödem beider Augenlider nach wiederholter Erysipelattacken 522.
— 202.

Quain-Hoffmann 169.
Quincke 128. 527. 584.

Quinquaud, Mykosis fungoides und die hämorrhagische Form derselben 211.
— 209. 399. 501. 565. 644. 645. 646. 647.

Rabitsch, Ägypten und seine Krankheiten 444.
Radomski 441.
Radt, M., Beiträge zur Psoriasis unguium 588.
Railton, Ein Fall von disseminiertem Sarkom mit Hämorrhagien in die Haut 318.
Ranschoff, Über die operative Behandlung von Nierensteinen 544.
Ranvier 169. 403. 404. 421.
Ratjen, Über Myxoedema idiopathicum 534.
*Ravogli, A., Multiples Spontankeloid 624.
Rayer 379.
Raymond, Fall von Ophthalmoplegia externa bilateralis mit rechtseitiger Hemiplegia nach Masern 385.
— Behandlung von Impotenz durch Venenligatur 46.
— Zur Lokalbehandlung der Syphilis 272.
— Modifizierte Vaccine (falsche Vaccine) 667.
Raynaud 23. 51. 323. 375. 530.
Raynor, Ein Fall von gemischtem Ausschlag 313.
— Ein Fall von reflektorischem Ekzem 314.
— 315.
Reale, Über einen Fall seltener Lokalisation des Erythrasma mit positivem Kulturresultate 77.
— und Ducrey, Über die Trichophytien beim Menschen 79.
Reanutt, Langdauernde Erscheinungsformen der sekundären Syphilis 95.
Recklinghausen, v., 105. 113. 114. 115. 116. 119. 120. 188. 426. 445. 453. 456. 457. 651.
Reed, C. A., Kraurosis vulvae 548.
Régis, Zwei Fälle infantiler allgemeiner Paralyse auf Grund von hereditärer Lues 266.
Régnault 390.
Rehfisch, Über akute Spermatocystitis 219.
Reichmann, Zur Kenntnis der Somatose 38.
Reimar, Über die Ätiologie der Cystitis 532.
Reinhardt, Zwei Fälle von Rupia syphilitica 20.
— Luetische Geschwüre und Narben im Pharynx 20.
Reisner, A. v., Das lepröse und tuberkulöse Darmgeschwür bei Lepra 225.
Reisner, A. v. 623.
Reiss, W., Ein Fall primärer Syphilis der Conjunctiva 652.
Reiter 618. 621. 622.
Rembold, Versuche über den Nachweis von Schutzstoffen im Blutserum bei Vaccine 389.
Remy 127.
Rénaut 127. 403.
Respighi, Über einige Fälle einer besonderen Keratose mit exzentrischer Ausbreitung 77.
Reuter, Zur Kenntnis der Motilitätsstörungen bei der hereditären Syphilis 266.
Ribbert 106. 116. 317.
Rice, Die Behandlung der Nase und des Rachens im Verlaufe akuter Exantheme 89.
Richards, Die Diagnose der Variola 661.
Richert 268.
Richet 578.
Richter, Paul, Beiträge zur Jodmedikation 485.
— Bemerkung zum Gebrauche der Jodtinktur 552.
Ricketts, B. M., 273.
Ricord 427. 428. 595. 596.
Riedel 468. 470.
Riehl, Über die Obduktion eines unter der Diagnose Lungenlepra früher vorgestellten Kranken 87.
— 175.
Ries, K., Referate 33. 544.
Rille, Über Behandlung der Syphilis mit Jodquecksilberhämol 471.
— Zur Ätiologie der Bubonen 595.
Rindfleisch 117. 144. 428.
Rioblanc, Über einen Fall von Impfpsoriasis 588.
— Über einen Fall von Psoriasis vaccinalis 95.
Risel 43.
Ritsert 311.
Ritter, Bedingungen für die Entstehung harnsaurer Sedimente 493.
Riva, Behandlung der chronischen Hydrocele mittelst Ausspülungen der Tunica vaginalis mit destilliertem Wasser unter vollständigem Luftabschluß 46.
Robbins 39.
Robert 645.
Robson, Suprapubikale Prostatatektomie oder Mc Gills Operation 222.
Rocchi, Zustand der Nervenfasern im Bereiche des Condyloma acuminatum 81.
Rochon, Serumtherapie bei Syphilis 269.
Roger 74. 591.
Rohleder, Die krankhaften Samenverluste, die Impotenz und die Sterilität

des Mannes, ihre Ursachen und Behandlung 451.
Rokitansky 223.
Rolleston, Vorlesungen über die Nebennierenkörper 320. 579.
Róna, S., Ein Fall von primärem gangränösen Erysipel des Penis. Miterkrankung des Hodensackes und der Hoden. Konsekutive Hodenatrophie? 577.
— Ein Fall von Syphilis mit konsekutiver multipler Knochenfraktur 655.
— 525. 526. 601.
Roncali, Die Blastomyceten in den Sarkomen 318.
Rondelli, Behandlung der nicht suppurierten Bubonen mit intraglandulären Injektionen von Terpentinöl 595.
Rosenbach 655.
Rosenberg, S., Zur Diagnostik der Prostata chronica 420.
— Neue Injektionsspritze 51.
Rosenfeld, Georg, Zur Diagnose und Therapie der Uratdiathese 495.
Rosenthal, O., Pflastermulle, Seife, die mit Holzfasern (Sägespänen) imprägniert ist 375.
— Erytheme bei Syphilis 486.
— 145. 146. 243. 245. 372. 374.
Rosi, Dermoidcyste der Raphe scroti 326.
Rosin, H., Über eine seltene Form des Jodismus 582.
Rotter, Mittel gegen Ekzem 587.
Rouanet, Weicher Schanker der Regio supraclavicularis 210.
Routier, „Cathétérisme rétrograde" bei den Prostatakranken 21.
— 21.
Rouville, Experimentelle Harnsteinbildung nach der Methode von Ebstein und Nicolaier 442.
Roux 218.
Ruanet, Drei Fälle von Mastitis syphilitica diffusa beim Manne 95.
Rudojawzew, Ein Fall von Eccema und Keratosis linearis 181.
Ruete 622.
*Ruge, R., Syphilis und Malaria. Ein Beitrag zu der Frage: „Frühbehandlung der Syphilis oder nicht?" 333.
Rutten, Fall von voluminösem Gumma des Rachens und des Halses 101.

Saalfeld, Edmund, Über Europhen 35. 486.
— Bemerkungen zu Herrn Prof. Köbners Aufsatz „Zur Kritik der Lupusheilung durch Kantharidin" 89.
— Primäraffekt an der Zunge 371.
— Fall von Psoriasis mit Arsenmelanose 519.
— Zur Syphilisbehandlung 542.
Sabouraud 74. 85. 133. 185. 653. 655.
Sachs, von, Defekt im Schädeldache, entstanden durch Zerfall eines Gummas 519.
Sachs, H., 549.
Sack, Psoriasis conjunctivae palpebrarum (Psoriasis ophthalmica) 475.
— 15. 18. 139. 142.
Sänger 547. 548. 598.
Saint-Philippe, Über die Impetigo der Kinder und ihre Behandlung mit dem Liquor Donovani 423.
Salkowski, Über die Pentosurie, eine neue Anomalie des Stoffwechsels 442.
— 442.
Samuel 280. 457.
Sandwell 279.
Sanfelice 311. 318.
*Santi, Elektrolyseur Santi für harte Strikturen der vorderen Harnröhre, zugleich auch Meatotom 463.
Sauvage 150.
Savill 204.
Scatshard, W., Ein Fall von Pityriasis rubra, behandelt mit Thyreoidtabletten 589.
Schabert, Zur Differentialdiagnose der Pyelitis und Cystitis 543.
Schäffer und Steinschneider, Zur Biologie der Gonokokken 603.
— 228.
Schafir, Lichen obtusus Unna 523.
Schaper 19. 20.
Scharff, P., 653.
Schaw-Mackenzie, Zwei Fälle von Syphilis mit frühzeitigen neuropathischen Symptomen 99.
Scheele 82.
Scheich 375.
Schein, Über das Wachstum des Fettgewebes 260.
Schiff, Ed., Über Leukoplakia buccalis 207.
Schimmelbusch 453.
Schischa, Zur Kasuistik der malignen Syphilis 93.
Schlagenhaufer, Finger und A. Ghon, Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des blennorrhoischen Prozesses 157. 186.
Schleich, C. L., Über eine neue Form antiseptischer Wundbehandlung 580.
Schlömann, Beitrag zur Lehre von der Pityriasis rubra pilaris Devergie 206.
Schnaase und Peiper, Über Albuminurie nach der Schutzpockenimpfung 667.
Schmey, Zur Behandlung der Hämorrhoiden und Analfissuren 321.
— Exanthem nach dem Gebrauche von Extractum filicis maris aethereum 376.
Schmiedeberg 586.

Schmitt, W., 290.
Schneller, Ein Fall von Pseudohermaphrodismus 330.
Schottmüller, Ein Fall von Wunddiphtherie mit Diphtheriebacillen bei gleichzeitigem Vorhandensein von Diphtheriebacillen im gesunden Rachen 215.
Schreiber, E., Über ein Tegumentum (triangulare) perforatum 224.
Schröder 469.
Schübel, Über tuberöse Hautsyphilis 530.
Schürmayer, Über die Verwendung des Kreosots und seiner Derivate 160.
— Über die Bedeutung des Mikrococcus tetragenus 262.
— Über einen neuen antiseptischen Verschluſs von Wunden an Stelle der Wundnaht 579.
Schütz, Jos., Mitteilungen über eine häufiger vorkommende Form von Urticaria chronica recidiva 377.
— 244. 372. 464. 572. 630.
Schuler 405.
Schultheiss, Auerbach, Jottkowitz, Beiträge zur Transplantation nach Thiersch 580.
Schulz, H., Studien über die Pharmakodynamik des Schwefels 585.
— 120.
Schultzen, Lokale Argyrie 20.
— Tuberculosis cutis verrucosa 20.
Schütze 588. 589.
Schwann 170.
Schwarz 598.
Schweizer, K., Brown, Virchow, Helmholtz-Herz, Über die Beziehungen der Form und Funktion des Körperbetriebes und die neuesten Anschauungen über Blut und Blutbewegung 428.
Schwimmer, Zwei Fälle von Ulcus induratum der Finger 524.
— Ein infolge von Erysipel geheilter Fall von Lupus erythematosus 525.
— Ein Fall von Cheiropompholyx 525.
— Ein Fall von Acne necrotica 526.
— 207. 558.
Secchi, C., Zur Topographie des elastischen Gewebes der normalen, menschlichen Haut 575.
Seelig, Albert, Beitrag zur Lehre von der artifiziellen Albuminurie 440.
Sehlen, von 416.
Seidel, A., Arteriosklerotisches oder luetisches Aortenaneurysma? 97.
— Mediastinal-Sarkom oder Mediastinal-Lymphdrüsen Gumma 101.
Seifert, Über Nosophen 38.
Semmola, Experimentelle und klinische Beiträge zur Pathogenese der Albuminurie 391.
— 537.
Senator, Über Peptonurie 442.
— 392. 440. 641.
Senfft 621.
Senn, Bishop und Hyde, Ein Beitrag zum Studium des Mycetoms des Fuſses, wie es in Amerika vorkommt 255.
Serenin, Zur Lupusbehandlung mittelst lokaler Anwendung von Kreosot und die Bedeutung des letzteren in der Therapie verschiedener tuberkulöser und eiteriger Prozesse 535.
Severi, Einige Fälle von multiplen Fibromen der Haut 81.
Sewett, Ein Fall von Lichen planus 313.
Sheild, Eigentümliche Form von Hauttuberkulose 522.
Shepherd, Ein bemerkenswerter Fall von Purpura-Ausschlag mit Ausgang in Gangrän, hervorgerufen durch salicylsaures Natrium 257.
— 201. 258.
Sherwell, Fall von Alopecia areata 22.
— Durch Favus erzeugte Alopecie 313.
— Ein Fall von Dermatalgie 313.
— Vier Fälle von Syphilis insontium 313.
— Fall von geheiltem Lupus 315.
— 22. 24. 200. 314. 315. 316.
Sicherer, von, Kenntnis des Variolaparasiten 385.
Siegel 623.
Siegert 120.
Sigmund 427.
Silex, Tuberkulose der Conjunctiva 519.
Simmonds, Über den Einfluſs von Alter und Krankheiten auf die Samenbildung 533.
— 227.
Simon, Th., 127.
Sirena 540.
Smirnoff 585.
Smith, L. G., Fünf Fälle von Hydrocele beim Weibe 548.
—, G., 222.
Sobotka, Zur Kenntnis des Vaccineprozesses 387.
Socin 21.
Socquet 321.
Soffiantini, Die stets verbreiteter werdende Anwendung der hypodermatischen und intramuskulären Kalomelinjektionen 81.
— 628.
Sokolowsky, Über den Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse 100.
Sorel, Spastische Hemiplegie bei einem Kinde infolge ererbter Syphilis 423.
Souplet 501. 515. 565.
Spalteholz, Die Arterien der menschlichen Haut 426.
Spencer, Zur Verhütung des Jodismus bei Gebrauch von Jodkalium 37.
— Die Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst Kastration 275.

Spiegler, Über eine bisher nicht beobachtete perniciöse Hauterkrankung 153.
— Über den derzeitigen Stand der Bestrebungen einer Serumtherapie der Syphilis nebst praktischen Vorschlägen einer solchen 268.
— 392.
Spietschka 188. 595.
Spivak, Varicellen mit Gangrän des Scrotums kompliziert 659.
Sprecher und Allgeyer, Ein Fall von Quecksilberintoxikation mit Scharlacherythem nach hochdosierter Sublimatinjektion 376.
— — Beitrag zum Studium der Sublimatinjektionen in hohen Dosen (0,02—0,5) in der Syphilistherapie 542.
Spruijt Landskroon, Referat 660.
Ssemperowitsch, Rückenmarksleiden im kondylomatösen Stadium der Syphilis 524.
Stadelmann 442.
Stafford, M. T., Die Pockenepidemie in Dublin 660.
Stamm 620.
Stangenberg, Syphilitische Affektionen in der Nase 538.
Stanziale 644. 645.
Starck, von, Barlowsche Krankheit und sterilisierte Milch 379.
Stark, Hugo, Ein Beitrag zur Therapie der Harnretentionen 220.
*Staub, A., Polydipsie bei Syphilis 11.
Steele, Ch., Der Segen der Vaccination 664.
Steinschneider und Schäffer, Zur Biologie der Gonokokken 603.
— 480. 603.
Stepanow, Fall zur Diagnose (Mykosis fungoides?) 523.
Sternberg, Ein Fall von Spontangangrän auf Grund einer Gefäßerkrankung 322.
Stewart, J. P., Ein Fall von Tuberkulose der Tonsille 535.
Stieglitz, Gehirnsyphilis 99.
Stiernon, Über die sog. physiologische Albuminurie 391.
Stretton, Entfernung der Hoden wegen Prostatahypertrophie 274.
Stoney, R., Ein Karbunkel mit subkutanen Injektionen von Hydrargyrum bijodatum behandelt 592.
Stowers, Tinea barbae 186.
— Bemerkungen über einen Fall von Dermatitis repens 193.
— Tumor über der rechten Scapula 522.
Strauss, A., Referate 35. 36. 38. 39. 223. 268. 542. 582. 586.
— 209.
— 595.
Strübing, Über Athetose bei Lues 190.
Stumpf, L., Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1894 387.
Suffit und Courtois, Hereditäre Syphilis und paroxysmale Hämoglobinurie 103.
Sutton 612.
Swain, Kastration gegen Prostatahypertrophie 273.
Szadek, Hg-Salicylat und -Thymol-acetat, wirksamste Quecksilberpräparate gegen die Syphilis 585.
Szymonowicz 578.

Taenzer, Referat 440.
— 107. 529.
Tailhefer, Trichophytie der Kopfhaut bei einem 16½jährigen Knaben 206.
Tánago, Dermatitis papillomaformis? 214.
— Zwei Fälle von Trichorrhexis capillitii 323.
— Beitrag zur Ätiologie der Cystitis 532.
Tarnowsky 94. 181. 524.
*Tauffer, E., Nachtrag zum Aufsatze: Über die Verwendung von Nuklein-Nährböden 306.
Taylor, R. W., Bösartiger gemischter Tumor des Hodens 48.
— Einige ungewöhnliche Neubildungen der Vulva 545.
— 153.
Teracostorius 89.
Theilhaber 599.
Thibierge, Die Behandlung der Psoriasis mit Schilddrüse 24. 206.
Thiele 620. 621.
Thiersch 88. 580. 581.
Thimm, Über Makrocheilie, bedingt durch syphilitische Erkrankung der Lippenschleimhaut 95.
Thin, Fall zur Diagnose 185.
— Fall von Lupus erythematosus 185.
Thoma 228
Thomas, J. L., Ein Fall von Akromegalie mit Wernickes Differentialsymptom 319.
—, J. J. 273.
Thomson, E., Über zwei Fälle von Raynaudscher Erkrankung 375.
— Kniegelenkaffektion auf Grund hereditärer Syphilis 540.
Thomson, P. J., Mykosis fungoides 477.
Thompson 602.
Thorel, Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Toxizität des Urins von Leprösen 474.
Thorn, J. 627.
Thure-Brand 45. 174.
Török 399. 468. 525. 526.
— und Philippson, Allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten, begründet auf pathologische Anatomie 431.
Tollen 442.
Tolmey, Beitrag zum Studium der Ätiologie der Varikocele 49.

*Tommasoli, Noch einmal die Prurigo temporanea 52.
— Syphilis und Keratosis follicularis oder über einen Fall von Perifolliculitis atropho-pigmentosa bei einer kachektischen Frau mit frischer Syphilis 424.
—, Akrokeratoma hystriciforme hereditarium 475.
— 142. 156. 204. 268. 269. 394. 399.
Tonarelli und Castellino, Morvansche Krankheit 322.
Tourette, De la, und Fournier, Littlesche Krankheit und hereditäre Lues 266.
Touton, Über Neurodermitis chronica circumscripta (Brocq) = Lichen simplex chronicus circumscriptus (Cazenave-Vidal) 156.
— 159. 164. 660.
*Trachsler, W., Über die feineren Unterschiede zweier Fälle von Piedra nostras 1.
Trägårdh, G. 595.
Trapesnikow, Schwerer Fall von Syphilis 523.
— Über das idiopathische, multiple, hämorrhagische Hautsarkom (Typus Kaposi) 524.
Traxes 222.
Triboulet 268.
Trommer 442.
Troplowitz, Zur Konservierung von Unguentum caseini 39.
Trostorff, Bericht über die Anwendung von Jodoformin 316.
Trousseau 144.
Truhart, Über die Verbreitung der Lues in Livland 90.
Tscherning 380.
Tschirkoff, Vasomotorische Ödeme ohne Albuminurie 375.
Tschlenow, Über einen Fall von einem umschriebenen gummösen, nicht ulcerierten Tumor im Kehlkopf 101.
Tschudi 629.
Tupper, H. 274.
Tuppert, Epidermisabstoßung am ganzen Körper 205.
Türkheim, Referate 48. 70. 126. 196. 198. 211. 212. 422. 424. 458. 467. 546. 554.

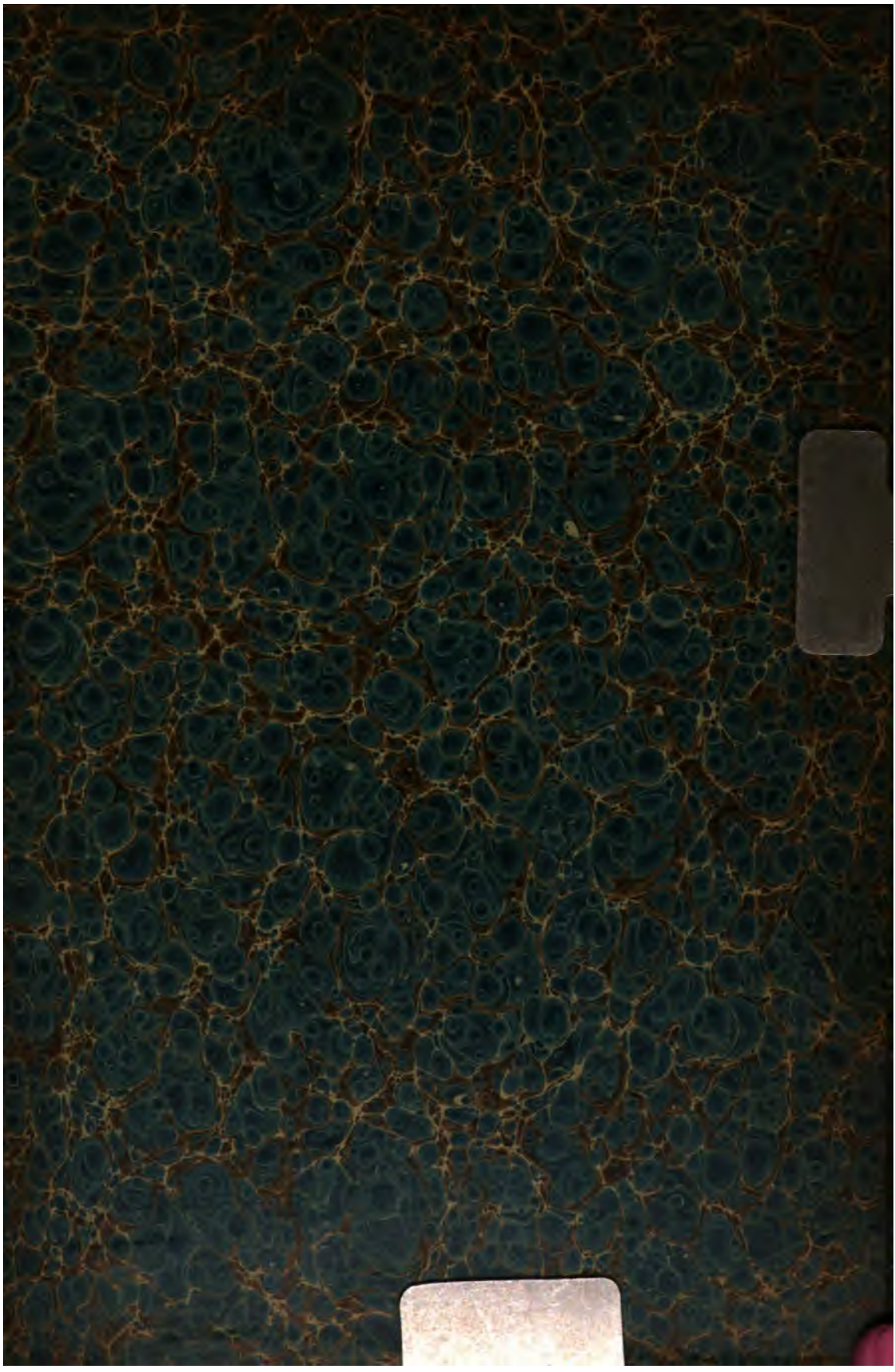
Ullmann, K., Zur Behandlung der Ekzeme mit Myrtillextrakt (Myrtillin Winternitz) 586.
— und Hebra, Mittel gegen Aknepusteln 592.
Ultzmann 392.
*Unna, Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut 497.
Unna, Phlyctaenosis streptogenes, ein durch Streptokokkenembolisation erzeugtes, akutes Exanthem 44.
— Purpura senilis 379.
— Asphyxia reticularis multiplex 477.
— Zwei Fälle von Piedra nostras 486.
— Referate 426. 428. 431. 437.
— 1. 2. 3. 4. 5. 8. 10. 14. 18. 53. 54. 55. 57. 61. 62. 64. 68. 69. 70. 105. 106. 107. 115. 117. 118. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 133. 134. 135. 137. 139. 140. 141. 143. 152. 161. 162. 163. 164. 166. 167. 172. 178. 189. 191. 198. 202. 207. 208. 209. 211. 279. 280. 281. 284. 285. 287. 289. 291. 293. 295. 297. 299. 312. 313. 339. 342. 353. 369. 370. 371. 393. 394. 396. 398. 399. 401. 403. 408. 425. 430. 432. 437. 438. 439. 445. 446. 447. 448. 449. 452. 457. 458. 486. 498. 501. 515. 523. 525. 553. 554. 555. 557. 558. 559. 561. 562. 563. 564. 565. 572. 575. 579. 660.
Urban 581.
d'Urso, Experimentelle Untersuchungen über die chirurgische Tuberkulose 265.
Usher 443.
Usass, Narbe mit Wucherungen 181.
— Kind mit syphilitischen Papeln 523.
— Ulcus am rechten Unterschenkel und zerfallendes Gumma am linken 523.

*Vanghetti, Glaskanülen mit und ohne Klappen, zu Irrigationen der Nase, des Ohres und der Harnwege. Einige praktische Bemerkungen über die Harnröhrenirrigationen 231.
— Kleiner Skarifikator mit drehbaren Schneiden 474.
Vaughan, Epididymitis 50.
Veerhogen, Über den perinealen Lappenschnitt bei Prostataoperationen 420.
Veiel, Über Airol 316.
Velpeau 96.
Verchère, 67 Kalomelinjektionen 74.
— Über die mit Cystenbildung verbundene Urethritis glandularis bei der Frau 601.
— 74.
Veuillot, Hautgangrän hysterischen Ursprungs 323.
Vidal 88. 127. 137. 140. 156. 446. 499. 500. 561. 564. 572.
Villeneuve 218.
Virchow, R., Beitrag zur Geschichte der Lues 248.
— 119. 147. 161. 162. 165. 429. 430. 468. 498.
Vogl, Mitteilungen aus zwei Scharlachepidemien in den Jahren 1884/85 und 1894/95 in der Münchener Garnison 384.
Vogt, K. 606.

*Voigt, L., Die Pocken vor und nach Jenner 605.
— Bericht über die im Jahre 1894 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung 42.
— Über Impfschäden, Impfexantheme und nach der Impfung eintretende allgemeine Erkrankungen 43.
— Das erste Jahrhundert der Schutzpockenimpfung und die Blattern in Hamburg 533.
— 620. 621.
— 189. 190.
Voit 493.
Volkmann 95.
Vollmar, E., Ein Fall von Pyrogallolintoxikation 583.
Vollmer, E., Beitrag zur Therapie des Lupus erythematodes discoïdes 322.
Vorbach, F., Eosinophile Zellen bei Blennorrhoe 601.

Waelsch, L., Beiträge zur Anatomie der Trichophytosis 653.
— Zur Anatomie des Favus 207.
— 128. 131. 133. 137. 138. 139.
Wagner, E. 144.
—, P., Zur Kenntnis der traumatischen Hydronephrose 192.
Waibel, Impfung mit sterilen Instrumenten 389.
Waldenburg 424.
Waldeyer 116.
Waldstein 145.
Walker, J. B., Zurückbleiben der Hoden 47.
—, H. O., Sieben Fälle von doppelter Kastration wegen Prostatahypertrophie 274.
Warlomont 620.
Warminski, Über Favus 590.
Warren 627.
Wassermann, Kasuistische Mitteilungen über zwei Fälle von wahren Pocken 19.
— Über Lepra 47. 264.
Watson 273.
Watt 661.
Waugh, Zur Anwendung des Europhens 36.
Webber, H. W., Herpes der Glans penis bei Typhus 381.
Weber 539.
Wegener, von 20.
Wegner 114.
Weichhardt, Sterile Impfinstrumente 43.
Weichselbaum 157. 548.
Weigert 130. 132. 136. 341. 448. 449. 456.
Weinlechner 634.
Weir, Doppelseitige Kastration und vollständige Entfernung der Samenbläschen und Samenleiter wegen Tuberkulose 218.
— Einpflanzung eines künstlichen Hodens nach Kastration 329.
Weiss, J., Ein Fall von Synovitis acuta syphilitica 538.
Welander 208. 209. 584. 629.
Welcker 200.
Wermann, Über Erythema bullosum 251.
— 399.
Werner und Jadassohn, Zur Kenntnis der systematisierten Naevi 187.
— 609.
Wernicke 319.
Werthheim 196. 481. 598. 599. 603.
Westphal 573.
Wewiorowsky, Die ersten Versuche der Behandlung des kondylomatösen Syphilids mittelst Blutserums gummöser Syphilitiker 182.
Weyl 468.
White, J. C., 283.
—, J. W., Die Kastration als Mittel zur Beseitigung der Prostatahypertrophie 273.
— Whitesche Operation bei Prostatahypertrophie 274.
— Betreffs der Kastration bei Prostatahypertrophie 275.
— 200. 201. 222. 223.
—, W., Kastration bei Prostatahypertrophie 272. 273.
Whitehead 96.
Wick, Über einen Fall von Hodentuberkulose mit Auftreten subkutaner Granulationsgeschwülste 49.
Wickham, L., Neurodermitis und Eccema seborrhoicum 75.
— 74. 557. 561.
Widmarck 641.
Wiesinger, Über Urininfiltration 532.
Wihtol, J., Über einen Fall von Lepra tuberosa et nervorum 87.
Wilke 279.
Willbouchewitz 537.
Williams, L. D., Tättowierung, gefolgt von akutem Rheumatismus 325.
Wilson, L., Masern 40.
— 204. 379.
—, S., Vaccination und Pocken in Walsall 386.
Winfield, J. M., Ein Fall von nichtparasitärer Sykosis 313.
— Ein Fall von Pagetscher Krankheit an den Lippen 314.
— Eigentümliches Geschwür am Zahnfleisch 315.
— und H. Morton, Fall von Lepra anaesthetica 23.
— Referat 316.
— 315.
Winiwarter 323.

Winternitz, Ein Fall extragenitaler Infektion 311.
— Ein Fall von Urticaria pigmentosa 312.
— 586.
Wishard, Drei Fälle von Amputatio penis wegen Epithelioms 201.
Woelk 634.
Wolff, A. 43. 271. 460. 633.
Wolff 496.
Wolters und Doutrelepont, Beitrag zur visceralen Lepra 418.
Wossidlo, Ein neues Blasenphantom 159.
Wreden, Die antibakteriellen Eigenschaften des Jodoforms 582.
Wright, A. E., Beobachtungen über zwei Fälle von Urticaria, behandelt mit Calciumchlorid 658.
—, J. H., Über die Reinzüchtung des Gonococcus in Fällen von Blennorrhoe, Ophthalmia purulenta und Pyosalpinx 603.

Zambilovici und Babes, Untersuchungen über Noma 531.
Zancarol, Chirurgische Behandlung der Hydrocele 46.
— 46.
Zderas, von, Über einen bisher unbekannten endemischen Lepraherd in Dalmatien 418.
Zehender 120.
Zeissl 217. 428. 513. 515.
Zeller A., und Arnold, Ein Fall von multiplen pseudomelanotischen Gasabscessen der Haut nach Erysipel 213.
Zenthöfer 575.
Zettnow 426.
Ziehl 167.
Zirm, E., Keratomykose (beginnende Keratomalacie) bei einem mit Lues congenita haemorrhagica behafteten Säugling 540.
Zuckerkandl 192.
Zülzer 31.
Zuntz und Binz, Über Wirkungen und Verhalten des Nosophens im Tierkörper 38.
Zwillinger, Über das Verhältnis der Pachydermia laryngis zu den Leukokeratosen (Leukoplakien) 550.

41C 1608 344